

JURANDY KERN BARBOSA

A PROFISSIONALIZAÇÃO DO ATENDENTE:
UM PRESSUPOSTO PARA MELHORAR A
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação — área de concentração: Educação Permanente e Recursos Humanos — da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

CURITIBA
1991

ORAÇÃO DO ENFERMEIRO

Selma Campestrini

Senhor!

A saúde e a vida são bens supremos do homem. Ambas são protegidas por várias profissões, entre elas a Enfermagem que existe e subsiste a serviço do homem e da sociedade.

Mediante isso eu vos imploro:

— Fazei-me cumpridor do maior dos mandamentos: “Amar a Deus acima de tudo e servir ao próximo com amor”.

— Fazei-me ver em cada um dos enfermos não uma doença, um caso, um órgão, um número, mas sim, um SER, uma PESSOA, a VOSSA PESSOA.

— Dai-me a graça de ser sentido como verdadeiro enfermeiro nos hospitais, sanatórios, ambulatórios, maternidades, isolamentos, centros de recuperação, saúde pública e escolas pela minha:

autenticidade

humanidade

cultura

presença

vida

fé.

— Estendei a vossa graça a todos os que lutam na Enfermagem.

Amém!

DEDICO

às minhas filhas, ROSY e ROSYMERI pelo

CARINHO

ao meu neto DANIEL AUGUSTO, pelas horas

roubadas das BRINCADEIRAS

à minha mãe EMA, pela

PACIÊNCIA

à memória de meu pai WALTER, que sempre

valorou o ESTUDO

AGRADECIMENTO

Quero expressar minha gratidão à professora REJANE DE MEDEIRO CERVI, que soube conduzir sua orientação, respeitando meu processo interior;

à ROSYMERI que com paciência e competência datilografou o manuscrito, contribuindo na apresentação;

às COLEGAS DE PROFISSÃO pelo incentivo e sugestões bibliográficas;

aos COLEGAS DE TRABALHO pela compreensão.

S U M Á R I O

LISTA DE GRÁFICOS.....	VII
LISTA DE QUADROS.....	VIII
RESUMO.....	IX
INTRODUÇÃO.....	10
DESENVOLVIMENTO.....	17
1. CARACTERIZAÇÃO DA PROFISSÃO NA ENFERMAGEM.....	17
2. SOBRE O ESPAÇO FUNCIONAL DO PESSOAL DE ENFERMAGEM.	38
3. SOBRE O PERFIL DO ATENDENTE DE ENFERMAGEM.....	45
4. VIAS DE FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM.....	49
5. NECESSIDADE DE PROFISSIONALIZAÇÃO DO ATENDENTE DE ENFERMAGEM.....	68
COMO CONCEBER UMA PROPOSTA FORMATIVA QUE QUALIFIQUE O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM.....	72
1º O ESPAÇO DA ENFERMAGEM.....	78
2º LIMITAÇÕES DO SISTEMA.....	81
3º AUTO-CONHECIMENTO.....	82
4º APERFEIÇOAMENTO DAS RELAÇÕES COM O MERCADO DE TRABALHO.....	83
5º PERSPECTIVA DE PROFISSIONALIZAÇÃO.....	85
6º INSERÇÃO REAL DA PRÁTICA COMO VANTAGEM PARA A FORMAÇÃO.....	86
7º POSSIBILIDADE DE PROCESSO INSTITUCIONAL COOPERATIVO.....	87

8º A FORMAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA.....	88
9º A INDEFINIÇÃO, AINDA, DO OBJETO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	89
10º A SÍNTESE DE EIXOS DE REFLEXÃO PARA UMA PROJEÇÃO FORMATIVA.....	92
SUMMARY.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
ANEXOS.....	101
LEI DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL - LEI nº 7498/86.....	102
REGULAMENTAÇÃO DA LEI nº 7498/86 - DEC. 94.406/87.....	103

LISTA DE GRÁFICOS

I - PESSOAL DE ENFERMAGEM POR CATEGORIAS, BRASIL - 1983.....	14
II - PESSOAL DE ENFERMAGEM POR CATEGORIAS, SEGUNDO REGIÕES, BRASIL - 1983.....	15
III - PESSOAL DE ENFERMAGEM - INSCRITOS E PROVISIONADOS - PARANÁ - 1991.....	16
IV - PESSOAL DE ENFERMAGEM SEGUNDO TIPOS DE ESTABELECIMENTOS - BRASIL - 1983.....	43
V - PESSOAL DE ENFERMAGEM QUE TRABALHA EM HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS POR CATEGORIA, BRASIL - 1983.....	44
VI - PERFIL DO ATENDENTE DE ENFERMAGEM, PARANÁ - 1991.....	43
VII - PESSOAL DE ENFERMAGEM POR CATEGORIA, BRASIL - 1956.....	66
VIII - PESSOAL DE ENFERMAGEM SEGUNDO TIPO DE ESTABELECIMENTOS, BRASIL - 1956.....	67

LISTA DE QUADROS

QUADRO I -

MARCOS HISTÓRICOS DA EXPANSÃO DA PROFISSÃO NO CAMPO DA ENFERMAGEM.....	36
---	----

QUADRO II -

O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA FORMAÇÃO NO CAMPO DA ENFERMAGEM.....	60
--	----

RESUMO -

O presente estudo revê questões relacionadas à evolução da Enfermagem como profissão, tendo como referência: o contexto histórico das políticas públicas de saúde, o processo de desenvolvimento da formação específica e o exercício profissional.

Destaca a condição da categoria do Atendente de Enfermagem e discute propostas que possam viabilizar a sua profissionalização.

INTRODUÇÃO

O presente estudo deriva de uma preocupação muito particular com relação à capacitação de pessoal auxiliar de saúde, mais especificamente da área de enfermagem.

Os serviços de saúde tradicionalmente adotaram mecanismos de treinamento para superar as deficiências de qualificação de pessoal elementar, objetivando o desenvolvimento de habilidades específicas exigidas para o exercício de funções de baixa e média complexidade. Variadas categorias têm sido treinadas em cursos informais como: atendente de enfermagem, visitador sanitário, auxiliar de saneamento, etc...

Alguns aspectos negativos podem ser ressaltados nesses treinamentos como forma de capacitação de pessoal:

- não existe uma metodologia integradora ensino / serviço;
- não há mecanismo de legitimação que garanta o fornecimento de certificados válidos de profissionalização;
- sua sistematização impede a construção do conhecimento por não observar sequência lógica indicada por qualquer processo pedagógico;
- provocam excesso de rotatividade e atividades desconexas, em prejuízo da qualidade do serviço.

É importante destacar que o processo de educação continuada (treinamento em serviço) de forma sistematizada, para corrigir e/ou aprimorar habilidades se faz necessário inclusive para reciclagem de profissionais já com formação específica.

Por seu lado, o sistema educacional não oferece oportunidades de formação adequada à preparação profissional de pessoal para o setor de saúde. Este quadro pode ser constatado facilmente, observando-se o grande contingente de pessoal não qualificado que compõe a força de trabalho de nível médio das instituições de saúde, situação que coloca inevitavelmente em risco a assistência prestada (MPAS, 1987); (MS, 1982).

Além das deficiências apontadas é oportuno destacar a lacuna maior que representa a inexistência de uma política abrangente de formação (incluindo todo o tipo de estrutura, formal e não formal), que venha atender a demanda específica da área.

A situação se torna mais grave se considerarmos o perfil de qualificação da força de trabalho em Enfermagem no País, que é constituída por quatro categorias, segundo seu preparo:

- enfermeiro, formado em curso de graduação de nível superior;
- técnico em enfermagem, formado em curso de nível médio de 2º grau;
- auxiliar de enfermagem, formado em cursos de 1º e 2º graus;
- atendente, sem preparo formal, submetido ou não a programas de treinamento.

O último grupo, dos atendentes, engloba todos os demais ocupacionais, não regulamentados por lei, como: agente de saúde, visitador sanitário, auxiliar operacional de serviços divers

sos e outras tantas denominações, criadas aleatoriamente.

O estudo sobre a composição da força de trabalho em enfermagem no Brasil, (ver gráficos I e II), que em 1983 era "constituída por 304.287 pessoas, onde os enfermeiros representavam, 8,5%, os técnicos de enfermagem, 6,6%, os auxiliares de enfermagem 21,1% e os atendentes 63,8%" (COREN/ABEN, 1985:35), demonstra o grande contingente de atendentes que se encontra executando ações de enfermagem. Tal situação, pouco ou nada mudou, uma vez que a profissionalização da categoria dos atendentes está subordinada ao interesse causal das instituições empregadoras e a política pública pouco investe neste setor. Além disso, o próprio prestador de serviço não tem maiores incentivos para buscar sua qualificação.

Ainda no estudo de 1983, podemos observar que apenas 20,4% dos técnicos de enfermagem ocupam o cargo para o qual foram preparados. Quase o mesmo índice, ou seja, 19,5% ocupam cargos de atendentes e 55,2%, estavam empregados como auxiliares de enfermagem. Os auxiliares de enfermagem apresentavam a melhor situação, mesmo assim, 18% ainda estavam sendo absorvidos como atendentes de enfermagem (COFEN/ABEN, 1985:09).

Conferindo a crítica realidade, em levantamento recente, realizado pelo COREN/PR (maio/1991), encontra-se a seguinte composição da força de trabalho em enfermagem no estado do Paraná, (ver gráfico III):

- ENFERMEIROS -----	11,5%
- TEC. EM ENFERMAGEM -----	3,4%
- AUX. DE ENFERMAGEM -----	20,0%
- ATENDENTES -----	65,1%

(COREN/PR, 1991)

Considerando ainda, que este levantamento foi realizado com base nos inscritos, (as três primeiras categorias contempladas em Lei) e nos provisionados (atendentes) pelo COREN/PR., desconhecendo, portanto, as funções que técnico, auxiliar e atendente estão exercendo, o quadro se agrava.

Entre a discussão sobre a capacitação desse contingente e a adoção de uma formação continuada, existe uma grande distância, onde podem ser detectados avanços, omissões e resistências. No intuito de verificar esses sinais e com o objetivo de justificar e subsidiar a formulação, em caráter de urgência de uma política de educação permanente, neste momento, especialmente voltado para a profissionalização da força de trabalho em enfermagem sem qualificação específica, dirigimos nossas pesquisas no sentido de responder às seguintes questões:

1. Como caracterizar a Profissão Enfermagem?
2. Qual o perfil do atendente de enfermagem?
3. Qual é o espaço funcional do pessoal de enfermagem?
4. Quais as vias de formação de pessoal para o exercício da Enfermagem?
5. Como caracterizar a necessidade de profissionaliza-ção do atendente de enfermagem?
6. Como conceber a melhoria da qualidade da Assistência de Enfermagem em sua relação com a formação?

GRÁFICO I
Pessoal de enfermagem por categorias — Brasil 1983.
(COFEN/ ABEN, 1985)

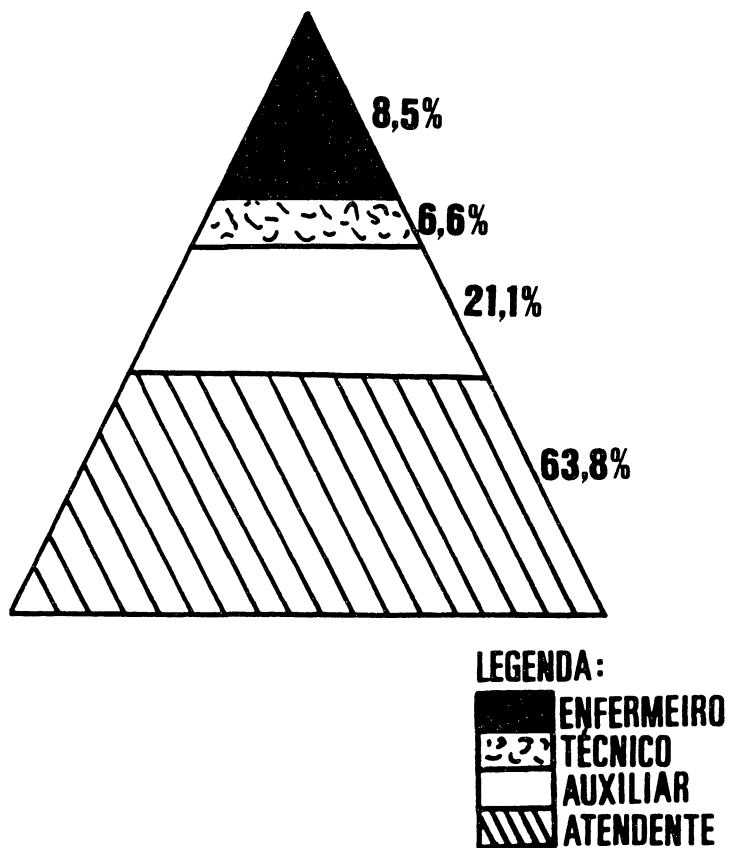


GRÁFICO II
Pessoal de enfermagem por categorias segundo regiões — Brasil 1983-(COFEN/ABEN,1985)

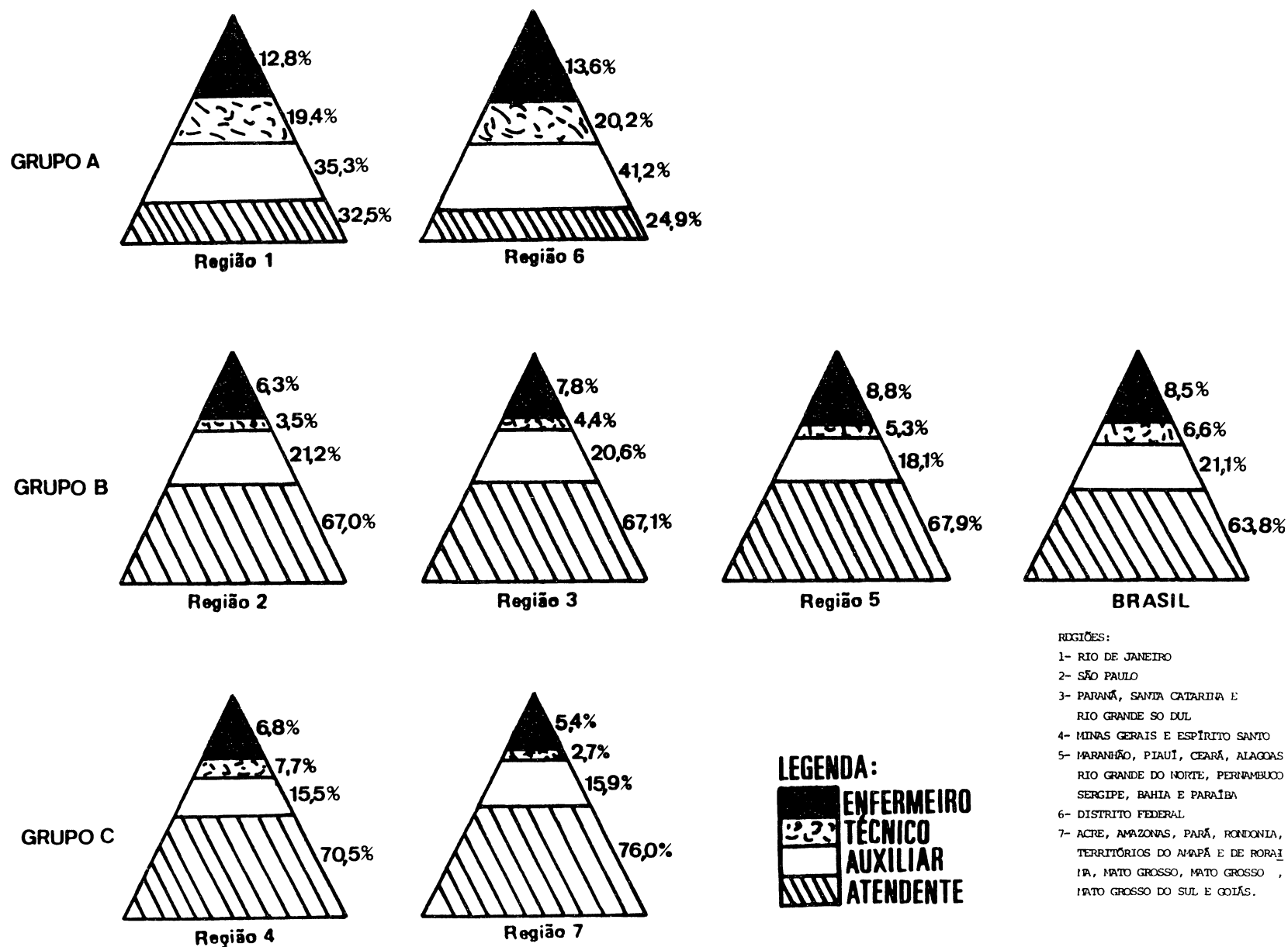
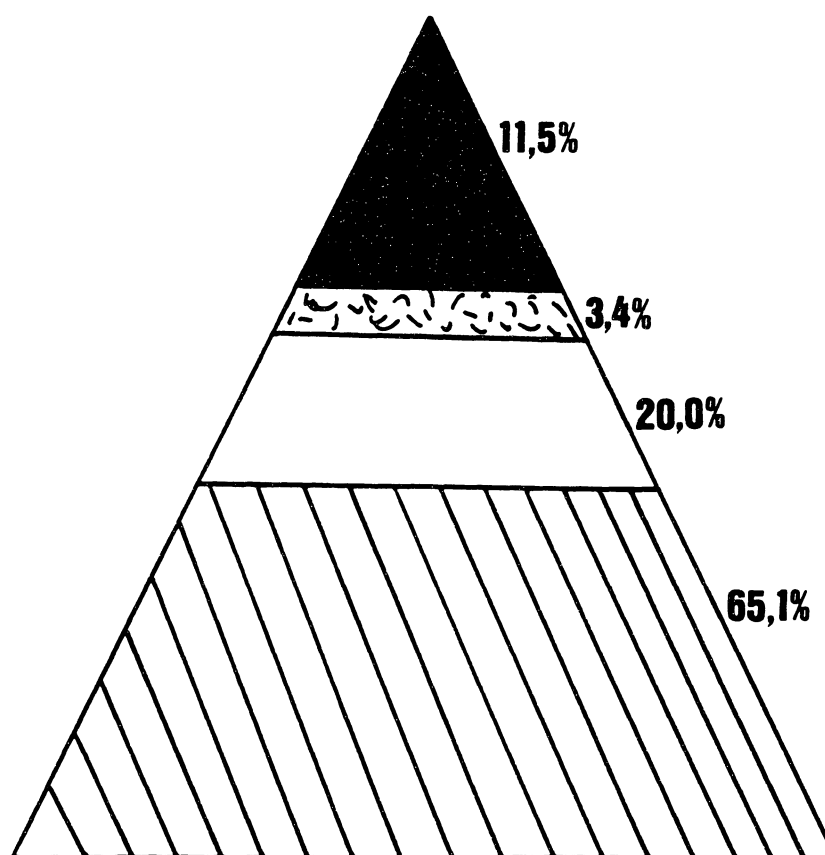


GRÁFICO III
Pessoal de enfermagem inscritos e provisionados - Paraná 1.991 (COREN/PR).



LEGENDA:

	ENFERMEIRO
	TÉCNICO
	AUXILIAR
	ATENDENTE

DESENVOLVIMENTO

Identificado o contorno problemático do objeto de estudo e disciplinada a abordagem em função de questões levantadas, passemos ao encaminhamento de suas respostas.

1. Caracterização da profissão na Enfermagem.
2. Sobre o espaço funcional do pessoal de Enfermagem.
3. Sobre o perfil do Atendente de Enfermagem.
4. Vias de formação de pessoal para o exercício da Enfermagem.
5. Necessidade de profissionalização do Atendente de Enfermagem.

1. CARACTERIZAÇÃO DA PROFISSÃO NA ENFERMAGEM

PIRES, em seu estudo sobre a Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem define "profissionalização" como o processo de formação de trabalhadores para o exercício de um trabalho profissional, no sentido de trabalho remunerado e não caritativo e entendendo "profissão" como a qualificação que detém determinado grupo de trabalhadores, especializados na realização de determinadas atividades que dominam os conhecimentos (saberes) que fundamentam a sua realização (Pires, 1989,33:4).

A Enfermagem, como profissão, somente veio a se desenvolver no final do século XIX, com o advento do capitalismo, interligada às mudanças científico-tecnológicas da medicina geradas no bojo da Revolução Industrial, fato que repercutiu grandemente no campo da terapêutica (Silva,1989:64). Mas como atividade, a Enfermagem sempre esteve presente nos cuidados ao do

ente, tendo sido desenvolvida por diferentes categorias até sua institucionalização, em 1860, quando foi preconizada a Enfermagem Moderna (Melo, 1986:33).

Diferentes historiadores relatam, com base na história antiga, que os cuidados aos doentes e feridos, atividade complementar à cura, na maior parte das vezes, estavam ligadas ao trabalho da mulher e relacionados com as tarefas domésticas, como o cuidado a crianças e velhos. Seu desempenho era aprendido no dia-a-dia da vida familiar¹ (Silva, 1989:30) e por isso pouco valorizado socialmente, de acordo com o papel designado à mulher pela sociedade de classe, dependendo da cultura de cada época (Melo, 1986:34).

1. SILVA, em sua obra; Enfermagem Profissional, dá a origem etimológica do termo enfermagem na língua inglesa e em português:

"NURSING (enfermagem) vem do verbo to nurse, que significa nutrir. A palavra Nurse é pois, originariamente, aquela que nutre, que cuida das crianças, depois (por extensão) a que assiste o doente. Em português o termo designa o agente que cuida dos infirmus, isto é, aqueles que não estão firmes (crianças, velhos, doentes)" (Silva, 1989:30).

Assim, a Era Cristã trouxe uma nova visão da doença e por conseguinte, sua assistência (Silva, 1989:34):

"Entendida esta como um castigo divino, mas não obstante, proveniente de um Deus misericordioso e bom, transmutava-se simultaneamente num instrumento poderoso da remissão dos pecados, de fortalecimento da fé e, portanto, de aproximação com Cristo e salvação na vida eterna. Ademais, aqueles que cuidassem dos enfermos tinham também a oportunidade de salvar a própria alma. Com isso a nova religião incentivou grandemente o atendimento aos pobres e doentes favorecendo a constituição do diaconato² (Silva, 1989:34).

"Um grande aumento do número de pessoas que receberam atenção de enfermagem foi produto do Cristianismo. Muita desta assistência era prestada às pessoas em suas próprias casas ou na casa de alguns cristãos que desejavam exercer sua caridade. (...)
Neste mesmo tempo, produziu-se um aumento considerável no número de instituições previstas para a hospitalização daqueles que necessitavam³ (Jamieson et alii, 1968, apud Almeida, 1986; 36-7).

2. A instituição do diaconato abrangia os seguidores dos apóstolos de Cristo (diáconos e diaconisas), visando a prática da caridade (Silva, 1989:34).

3. O hospital, na Idade Média, foi concebido como uma instituição de assistência dos pobres e enfermos e ao mesmo tempo servia para segregar os portadores de doenças que se propagassem, tendo também a finalidade de proteger os demais (Foucault, 1978:61, apud Almeida, 1986:38).

Desta forma à época, "os agentes de enfermagem eram pesoas ligadas à Igreja que procuravam salvar a sua alma, salvando a alma do doente através do cuidado" (Almeida,1986:37). Para a mesma autora, verifica-se uma relação direta dos agentes (enfermeiras) com os doentes; a enfermeira, na pessoa das ordens religiosas, executava o cuidado mediado pelo modelo religioso .

Com o fim da perseguição ao cristianismo, pelo Editto de Milão (313 d.c.), a Igreja pode se desenvolver e tornou-se o centro de todo o poder,⁴ quando teve início a fundação dos mosteiros e as ordens monásticas, que tiveram importante papel na preservação, tanto da cultura helênica, como na assistência aos pobres e enfermos (Silva, 1989:35). "A monge e o monge nos primeiros séculos da Idade Média, converteram-se nos enfermeiros da Sociedade Ocidental" (Janieson at alii, 1968, apud Almeida, 1986:37).

A queda do Feudalismo, com a urbanização crescente, inexistência de saneamento básico, péssimas condições de vida, favoreceu a expansão das epidemias, como a Peste Negra, que reduziu 1/3 da População da Europa. Todavia, esse fato veio contribuir para transformar as atividades médicas em técnico - profissionais, atividades essas, até então combatidas pela Igreja. Assim a medicina é constituída como profissão e não como sacerdócio (Nogueira, 1977, apud Melo, 1986:35), mas o mesmo não ocorre com a enfermagem, que continua exercida por religiosos sem conhecimento próprio para fundamentarem suas atividades (Mello, 1986:34-5).

4. "O processo de organização da Igreja constitui um dos fatos mais importantes de toda a era medieval. A denominação da Alta Idade Média corresponde aos primeiros séculos do Feudalismo (400 a 800 d.c.), enquanto que a Baixa Idade Média abrange o seu período Final" (Silva, 1989:36).

O período da história tido como Iluminismo, foi paradoxalmente, para a Enfermagem, considerado por muitos autores, como o Período Negro da Enfermagem. Com o Renascimento, mudanças na estrutura social e a Reforma⁵ Protestante, houve a expulsão de religiosos e o fechamento de hospitais. A assistência de enfermagem vai sendo exercida por leigos completamente despreparados principalmente, mulheres marginalizadas, que desenvolviam todos os serviços e também os cuidados aos doentes (Melo, 1986:35), (Silva,1986:47).

Para ilustrar, transcrevemos uma citação feita por Almeida, de Jamieson et alii do livro "História de La Enfermeria":

"As mulheres que encontrassem emprego como enfermeiras nos hospitais eram as que não serviam nem para a indústria. Eram imorais, bêbadas e analfabetas. Uma decadência na qualidade do serviço público para os doentes é observada já a partir dos fins da Idade Média, foi se fazendo cada vez mais pronunciada. Colocou-se agora de manifesto uma mudança na organização do serviço hospitalar. O serviço que foi durante muitos séculos gratuito, passa lentamente a ser pago (.) As enfermeiras recebiam um pagamento e uma comida exíguos. Em troca esperava-se muito delas. O trabalho da casa, a esfregação e a lavagem das roupas absorviam uma grande parte do tempo, as horas de serviço oscilavam entre doze e em algumas ocasiões quarenta e oito horas seguidas" (Jamieson et alii,1968, apud Almeida,1986:38).

"Tais características passam a compor, desde então, o esteriótipo da enfermagem civil, marcando-a indelevelmente" (Silva, 1989:46).

O crescente conhecimento da medicina, que já não se encontra sob a proteção dos mosteiros e sim estudada nas Universsidades, vai utilizar o hospital como novo campo de desenvolvimento e estudo das doenças. A enfermagem, porém, "mantinha-se até meados do século XIX (...) fora dos domínios intelectuais propriamente ditos, identificados quase que exclusivamente aos serviços domésticos" (Silva, 1989:47).

Com o capitalismo, a força de trabalho adquire nova concepção, e cabe à medicina a sua manutenção e restauração(Almeida, 1986:40). O saber médico substitue na direção e organização as atividades e responsabilidades de religiosos. Segundo Foucault, o hospital que era antes um local de assistência aos pobres, passa a ter um novo papel; o da cura da doença e que está subordinado a técnica do exame; "influenciado pelo desenvolvimento da bacteriologia; introdução de métodos antissépticos; e a incorporação de novas enfermeiras ao pessoal hospitalar" (Singer et alii, Apud Melo, 1986:43), aos poucos o hospital vai se tornando um local de formação e aperfeiçoamento científico (Foucault, Apud Melo, 1986:41)

-
5. "Com a Reforma, a Igreja começou a perder o monopólio da assistência e, mesmo em países Católicos, o Estado passou a se encarregar dela em medida cada vez maior" (Singer at alii, 1977, apud, Silva, 1989:44).

É dentro dessa nova realidade, que a profissão de enfermagem se institucionaliza, "consubstanciada na separação da prática religiosa à prática técnico-profissional, uma exigência básica para contribuir na modificação da qualidade e dos resultados da assistência prestada" (Melo, 1986:42). Como profissão, as ações desenvolvidas passam a exigir um preparo apropriado para o seu manejo; a sua adequação à prática modifica a relação com os leigos e religiosos despreparados, existentes na enfermagem e isto vai conferir um certo "Status Técnico" à profissão (Melo; 1986:42).

A enfermagem profissional⁶ teve antecedentes mediatos e imediatos, registrados pela historiografia (Silva; 1986:51).

Como antecedentes mediatos encontramos: a organização na França, no século XVII, da Ordem Católica das Irmãs de Caridade, inspirada em São Vicente de Paula, tido como verdadeiro precursor da enfermagem moderna (Molina, 1973); na Alemanha, a Ordem Protestante das Diaconizas Modernas, em Kaiserwerth, fundada pelo pastor Fliedner, que veio incentivar o surgimento de outras escolas (Jamieson, 1966); e, na Suíça, em La Sorce, em 1952, criou-se a escola secular para enfermeiras, fundada pelo Conde Gasparin (Coe, 1973 , apud, Silva; 1986:51).

6. "Enfermagem Profissional" - aqui se refere ao trabalho de enfermagem sistematizado através do ensino, com características próprias, reproduzido nas escolas sob controle dos próprios enfermeiros e regulado por regras definidas (Pires, 1989: 121).

Dos antecedentes imediatos, tem-se como o mais importante a guerra de Criméia,⁷ na Turquia, que em 1854, Florence Nightingale,⁸ enfermeira inglesa, vai como voluntária, chefiando uma comissão de enfermeiras por ela selecionadas, com a finalidade de organizar os hospitais ingleses instalados em Scutari na Criméia, onde ocorria um alto índice de mortalidade entre os soldados feridos em combate. Com medidas sanitárias elementares e organização dos hospitais militares conseguiu-se baixar a taxa de mortalidade de 42% para 2% em menos de dois anos (Dicionário Internacional de Biografias) (Silva, 1986:51) (Melo, 1986:47).

Com o relevante papel prestado ao governo Inglês, Florence recebe doação em dinheiro, tendo sido instituído um fundo, "Fundo Nightingale" para a formação de enfermeiras, com a instalação da Escola Nightingale, em 1860, junto ao hospital São Tomas, em Londres (Melo; 1986:48) e seu nome passou em definitivo para a história da Enfermagem Profissional.

7. Conflito desenrolado na Península da Criméia, motivado pelas condições político-sociais da Turquia que favoreceram à Rússia ocasião propícia para a penetração no Mediterrâneo (Enciclopédia Universal Ilustrada). "A Inglaterra e a França defenderam a integridade do Império Otomano contra a invasão Russa" (Germano, 1983, apud, Silva, 1986:46).

8. FLORENCE NIGHTINGALE - conhecida como a Dama da Lâmpada (por portar durante a noite uma lâmpada acesa com o fim de verificar o estado dos feridos durante a guerra na Criméia). Nasceu em Florença, Itália, em 1820, pertencia a uma família de alta sociedade da Inglaterra, tendo recebido aprimorada educação em arte, línguas e matemática. Preferiu, contudo, cuidar de enfermos. Estudou no Instituto de Diaconisas em Kaiserweith, Alemanha, visitou serviços hospitalares em Londres, Paris e Edimburgo. Sua atuação na Guerra da Criméia lhe valeu o reconhecimento público pelo governo britânico e de outros governos. Com a recompensa que lhe fora dada, fundou em 1860, o Lar Nightingale, para educação de enfermeiras, no Hospital São Tomas em Londres.

Na escola Nightingale, dois tipos de alunas eram admitidas : "as lady nurses , provenientes de famílias de "classe alta", aptas a custear seus próprios estudos e destinando-se a tarefas de supervisão, ensino e difusão dos princípios nightingalianos da enfermagem; as nurses, de nível sócio-econômico inferior, recebendo ensino gratuito, devendo porém, prestar serviços no hospital durante, pelo menos, um ano após o curso. Estas prestavam cuidados diretos ao paciente" (Abel-Smith,1960,apud, Almeida; 1986:43).

Almeida, diz que:

"Nightingale legitimou a hierarquia e a disciplina no trabalho de enfermagem, trazidas da sua alta classe social, da organização religiosa e militar, materializando as relações de dominação-subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social. Introduziu o modelo vocacional ou a arte de enfermagem.(...) O modelo religioso de enfermagem no mundo cristão, atravessa a Idade Média e vai se defrontar com o capitalismo na Inglaterra, no final do século XVIII e início do século XIX e com a ascensão da burguesia e sua instalação como classe social dominante que dará o significado de arte ou vocação à prática de enfermagem, para tornar possível o treinamento de alguns agentes" (Almeida; 1986:43-5).

8. FLORENCE NIGHTINGALE - Em 1907, foi agraciada com a Ordem do Mérito, tendo falecido em Londres em 1910. (Dicionário Internacional de Biografias), (Melo,1986:47), (Almeida; 1986:42-3).

A arte de enfermagem definida por Nightingale:

"a enfermagem é uma arte; e para ser realizada como arte, requer uma vocação tão exclusiva um preparo tão rigoroso como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou o frio mármore, comparado ao tratar do corpo vivo - o templo do espírito de Deus? É uma das artes; e eu quase diria, a mais bela das Belas-Artes" (Seymer, s/d 106, apud, Almeida, 1986:48).

Muitas das ex-alunas formadas pela escola Nightingale - as Ladies-nurses, foram responsáveis pela criação de outras escolas em outros países, como: Canadá, Estados Unidos, Suécia, Alemanha, entre outros. Sempre calcadas nos princípios ditados por Florence Nightingale, alguns dos quais ora tra transcrevemos:

- "1. uma grande preocupação com a conduta moral das alunas traduzível em exigências expressas quanto à postura física, maneiras de trajar e de se comportar;
2. a recomendação para que a escola fosse dirigida por enfermeiros e não por médicos;
3. a exigência do ensino teórico sistematizado, de autonomia financeira e pedagógica."

(Carvalho, 1972), (Paixão, 1979, apud, Silva, 1986:53)

Esses princípios, difundidos por todo o mundo ocidental, vão nortear o processo de estruturação da "nova profissão", que se utilizará dos conhecimentos das demais áreas da ciência, já acumuladas pela humanidade, construindo um saber próprio, na área de saúde. (Pires, 1989:12).

No Brasil, o caminho é bastante lento. Só em 1923 o sistema Nightingale aqui chega, através dos Estados Unidos, onde se instalara desde 1873. Antes desta data, a enfermagem aqui no Brasil, estava nas mãos das irmãs de caridade e de leigos - serventes dos hospitais; quase que exclusivamente a mercê do empirismo e das rotinas das Santas Casas de Misericórdia⁹, espalhadas pelo país (Silva; 1986:75), (Melo, 1986:61).

Revendo a história da enfermagem, também no Brasil, encontramos alguns antecedentes que poderiam servir de "marco", para a estruturação da "Enfermagem Moderna".

Como antecedentes "mediatos" podemos citar:

- a criação de cursos de "parteiras" junto às faculdades de medicina em 1808, na Bahia e em 1832, no Rio de Janeiro, que impeliu a anexação de Maternidades às Santas Casas de Misericórdia;
- a criação, em 1890, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, mais tarde - Alfredo Pinto¹⁰, no hospital Nacional de Alienados (Silva, 1986:75).

9. Até o século XVIII, os únicos hospitais gerais existentes no Brasil, se resumiam nas Santas Casas de Misericórdia, sendo a primeira, fundada em Santos em 1543. Depois vieram as do Rio, Vitória, Olinda, Ilhéus e mais tarde a de São Paulo em 1680 (Paixão, 1979, apud, Silva, 1986:75).

10. A Escola Alfredo Pinto, surge da necessidade de melhorar as condições de atendimento aos doentes mentais, da intensa denúncia dos médicos e da Academia Nacional de Medicina, relatando as precárias condições em que se encontravam, nos cubículos das Santas Casas. Havia um projeto para a sociedade da época, "criar espaços específicos para os perturbadores da ordem, como os bexiguentos, os tuberculosos, os leprosos, os loucos" (Machado, 1978, apud, Pires, 1989:122-3), cria-se o Hospício ...

Como antecedentes "imediatos" , para a estruturação da "nova profissão" no Brasil, destaca-se:

- a Cruz Vermelha Brasileira, fund¹¹ada em 1916, a Escola Prática de Enfermeiros da Cruz Vermelha Brasileira, para preparar socorristas em situações de emergência;
- em 1920, essa mesma escola organiza um curso para visitantes sanitários, sendo esta, a primeira categoria de pessoal de enfermagem, com algum preparo em Saúde Pública, formado no Brasil (Melo; 1986:63), (Silva, 1986:76), (Carvalho, 1976).

10. - Escola Alfredo Pinto - ...Pedro II, em 1841 e posteriormente , para atender no modelo psiquiátrico organizado na França por Pinel, renova-se a estrutura e este passa a chamar-se Hospício Nacional de Alienados. Com a nova administração, os médicos organizam uma escola para a formação de pessoal de Enfermagem, baseado no modelo da Escola Salpetriere Francesa, anterior ao modelo Nightingaleano, em 1890 (Pires, 1989:123-4).

11. A Cruz Vermelha Brasileira é organizada em 1908. Seu primeiro presidente foi Oswaldo Cruz, - sanitarista da época. Em 1912 é reconhecida pela Comissão Internacional da Cruz Vermelha de acordo com a Convenção de Genebra de 1864. Teve como finalidade melhorar as condições de assistência aos feridos da primeira grande guerra. (Enciclopédia Internacional Ilustrada).

As referências a antecedentes - mediatos e imediatos - ocorrem em um contexto de organização nacional dos serviços de saúde. A partir de 1900, o Brasil se inclui entre os países onde o Estado controla a Saúde Pública, através do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), uma organização estatal que vai dar origem ao Ministério da Saúde. As políticas emanadas deste órgão eram as de controle das grandes endemias e epidemias (como a varíola, cólera, peste bubônica, febre amarela, tuberculose, lepra e febre tifóide) que colocavam o Brasil numa posição ameaçadora ao pleno desenvolvimento do comércio internacional (Pires, 1985:128), (Silva, 1986:73), (Melo, 1986:63).

A década de 20 revela-se de fundamental importância para a história da enfermagem brasileira. Com a reformulação dos serviços de Saúde Pública, logo se evidencia a necessidade de um novo tipo de pessoal de enfermagem, capaz de participar das medidas de saúde, principalmente, no que se refere ao controle das endemias (COFEN/ABEN, 1983:13).

Por essa época, no Rio de Janeiro, o Departamento Nacional de Saúde Pública, passa por uma fase de franco desenvolvimento, sob a orientação de Carlos Chagas, que em visita aos Estados Unidos, conheceu o "trabalho profissional de enfermagem, estruturado dentro dos padrões nightingaleanos e entendeu ser este profissional da área de saúde o elemento necessário à estratégia governamental sanitária" (Parsons, 1927, apud, Pires, 1989:129), (Carvalho, 1976).

Carlos Chagas solicita, então, a cooperação e assistência do Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, para a organização, no Brasil, de um serviço de enfermagem de Saúde Pública (COFEN/ABEN, 1985).

Atendendo à solicitação, foram enviadas para o Brasil, enfermeiras norte-americanas,¹² que tiveram a incumbência, sob o aus

pício da Fundação Rockefeller, de organizar um serviço de Enfermagem no Departamento Nacional de Saúde Pública, como primeira providência, em 1922. Como segunda providência, criaram uma escola moderna, organizada nos moldes americanos, mas conservando os princípios da "escola inglesa", para formar enfermeiras diplomadas. Também foram estabelecidas medidas para formar visitadores em caráter emergencial, com o objetivo de exercer vigilância no domicílio nos casos de tuberculose e que estas iriam sendo substituídas a medida que fossem diplomadas novas enfermeiras (Carvalho, 1976), (Fraenkel, 1934, apud, Pires, 1989:130).

O surgimento, em 1923, da primeira Escola no Brasil, de Enfermeiras, do Departamento Nacional de Saúde Pública, representou, na análise de Pires, "um marco fundamental na história da estruturação da enfermagem como profissão organizada sob parâmetros próprios, produzindo e sistematizando os conhecimentos que subsidiam as suas atividades práticas e estabelecendo as normas que regulam o seu exercício profissional" (Pires, 1989:127).

A organização da escola¹³ foi "no mais alto padrão, e a seleção das alunas também foi excepcional. Pela primeira vez foi possível recrutar, na mais alta sociedade brasileira, alunas para uma escola de enfermagem que era de internato" (Magalhães, 1980:202, apud, Melo, 1986:64).

12. De 1921 a 1931, prestaram serviços no Brasil, trinta e duas enfermeiras na Missão Técnica Americana, dentre as quais - ETHEL PARSONS, na Superintendência Geral do Serviço de Enfermeiras do Departamenro Nacional de Saúde Pública e BERTHA L. PULLEM na Direção da Escola (Carvalho, 1976).

Com a formatura da primeira turma de alunas da Escola de Enfermagem Dona Ana Neri em 1926, cria-se a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, com a finalidade de assegurar a unidade da classe, bem como lutar por seus interesses. Mais tarde, esta associação passa à denominação de Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), que vai ter íntima relação com o desenvolvimento da profissão no país (Carvalho, 1976).

Esta Associação edita o seu primeiro instrumento periódico de divulgação da profissão que é a Revista Brasileira de Enfermagem, publicada inicialmente com o nome de Annais de Enfermagem, sendo que o primeiro número saiu em maio de 1932 (Carvalho, apud Pires, 1989:134).

Conforme Carvalho, desde cedo, trabalhou esta Associação para conseguir a criação de um órgão que pudesse "cuidar do aperfeçoamento do exercício da profissão e zelar pelo bom conceito dos elementos que a exercem, por meio de uma fiscalização mais direta e imediata" (Carvalho, 1976:253). Decorridos vinte e oito anos do encaminhamento, em 1945 do primeiro projeto, foi sancionada a Lei nº 5905/73 que dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem. Sendo instalada a primeira diretoria em março de 1975 (Carvalho, 1976:278).

13. Requisitos para o ingresso: ser mulher; ter diploma de Escola Normal ou estudos equivalentes; apresentar atestado médico de saúde física, mental e ausência de defeitos físicos; idade de 20 a 35 anos e referências de boa conduta (Parsons, 1923, apud, Pires, 1989:31).

O programa do Curso da Escola de Enfermeiras Ana Neri acompanha a ênfase do "modelo" de saúde da época num projeto sanitista. Assim, a enfermeira recém formada participa de programas de combate às endemias, cuidando do isolamento dos enfermos e do acompanhamento dos contactos. lentamente as enfermeiras Ana Neri, são absorvidas pelo estados da União, principalmente, para o ensino em escolas para formação de enfermeiras, evidenciando-se já, a necessidade de preparar pessoal auxiliar.

Pires nos diz:

"Apesar do objetivo das enfermeiras americanas em formar enfermeiras para prestar cuidados e promover educação em saúde diretamente aos pacientes e às famílias, o trabalho de enfermagem se estrutura, tanto no Brasil, quanto na Inglaterra, no bojo da organização da sociedade sob o modo de produção capitalista e como parte do trabalho coletivo. A enfermagem, reconhecida como profissão organizada, sempre exerceu as suas atividades assistenciais dividindo tarefas com outros trabalhadores de enfermagem aos quais coube trabalho do tipo manual realizado sob controle e supervisão do enfermeiro" (Pires, 1989:137).

Assim, no Brasil, face àquela necessidade de preparar pessoal que viesse auxiliar mais efetivamente em tarefas que se tornam tão amplas, quanto complexas, com a absorção das enfermeiras nos estabelecimentos de saúde (hospitais e serviços de saúde pública), introduziram-se os primeiros cursos de auxiliar de enfermagem. Em reconhecimento da necessidade de profissionalização, estes cursos são generalizados em todos os Estados e passam a ter um caráter permanente, o que provoca, inevitavelmente, a sua institucionalização ocorrida uma década após sua implantação.

A introdução das enfermeiras nos hospitais públicos ocorreu em menor escala, pois os hospitais seguem o modelo das Santas Casas das Irmandades de Misericórdia, dedicadas ao atendimento de indigentes, onde os contratos de trabalho das instituições hospitalares com as diferentes congregações religiosas, abrangiam todos os serviços, inclusive o cuidado aos doentes. (COFEN/ABEN, 1985:14).

As oportunidades de mercado para esse novo profissional de saúde são bastante limitadas, por tratar-se de um modelo de prática de enfermagem americano que se induz no País. Contudo, há falta de infra-estrutura e condições sócio-econômicas para garantir o seu pleno desenvolvimento, ficando o trabalho circunscrito aos Departamentos de Saúde Pública.

Nos anos 40, é criado o Hospital das Clínicas em São Paulo, com o auxílio da fundação Rockefeller, para melhorar as condições de ensino e pesquisa médica na Universidade de São Paulo. O novo hospital, incorporando nova tecnologia de tratamento aos enfermos, necessita de novos métodos de administração hospitalar e do cuidado ao doente internado, o que motivou a inclusão de "enfermeiras Ana Neri" para a organização dos serviços de enfermagem e para a criação da Escola de Enfermagem anexa a Faculdade de Medicina. O pequeno número dessa categoria, frente ao grande número de leitos, faz com que o cuidado direto ao paciente vá sendo cada vez mais entregue ao pessoal auxiliar, que também passa a receber treinamento específico (COFEN/ABEN, 1985: 14).

Outros hospitais-escola são instalados em várias Capitais de Estados, estimulando a criação de novos núcleos de preparação de enfermeiras e auxiliares de enfermagem, bem como treinamento em serviço.

"Na década de cinquenta verifica-se a secularização da enfermagem nos estabelecimentos hospitalares, a princípio nos hospitais públicos e, só muito depois, nos hospitais particulares. O trabalho de enfermagem passa a ter retribuição financeira. Não é mais ato caritativo das religiosas" (COFEN/ABEN, 1985: 15).

Com a política previdenciária, amplia-se a rede hospitalar particular, que se arregimenta de modo a complementar os serviços médicos, através de convênios e credenciamentos financiados pela Previdência Social, desse modo, a saúde pública, perde gradativamente sua importância.

"Os novos estabelecimentos hospitalares passaram a constituir maior mercado de trabalho para enfermeiras diplomadas, relegando a plano secundário, sob esse aspecto, os serviços de saúde pública que até então absorviam a maioria das diplomadas. Em 1943, entre 334 enfermeiras em serviço ativo, diplomadas pela Escola Ana Neri, 221 (66%) trabalhavam no campo de Saúde Pública e 32 (9,5%) em serviços nos hospitais. Em 1950, verifica-se que 49,4% das enfermeiras encontravam-se no campo hospitalar e 17,2% no campo da Saúde pública" (Alcântara, 1963, apud, Silva, 1986:80). Pesquisa realizada pela Seção de enfermagem do Ministério da Saúde em 1950.

A tendência do Estado em dar prioridade ao tratamento curativo em detrimento das medidas preventivas repercute no mercado de trabalho do pessoal de enfermagem, bem como na orientação dos currículos das escolas de enfermagem, cujo ensino continua sendo feito, predominantemente, no ambiente hospitalar. Na atualidade, a projeção da profissionalização da enfermagem está pendente da política de saúde que o governo, em suas instâncias administrativas, deve definir.

Já não se discute que o atendimento especializado nos grandes centros urbanos está longe de resolver os problemas de saúde da população brasileira que continua desassistida. Numa tentativa de solucionar esses problemas, o Governo propõe a ampliação da cobertura dos serviços de modo a tornar possível o atendimento de um número cada vez maior de brasileiros, inclusive nas remotas áreas rurais, conforme recomendação da Conferência Internacional de Alma-Ata, sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978).

QUADRO I - MARCOS HISTÓRICOS DA EXPANSÃO DA PROFISSÃO NO CAMPO DA ENFERMAGEM

CONTEXTO POLÍTICO DA SAÚDE E O PAPEL DA ENFERMAGEM:

- ANTES DE 1920: - Ausência de uma política pública de saúde.
- A Enfermagem é caracterizada como atividade de atendimento à miséria, cuidado físico e espiritual, limpeza e ordem nos hospitais.
- DÉCADA DE 20: - Instalação de uma política de saúde pública (criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, controle das epidemias, criação do seguro social-sistema previdenciário, 1923).
- A Enfermagem passa a atuar na melhoria das condições sanitárias da população.
- DÉCADA DE 30: - Recessão da política de saúde pública em função da expansão do sistema previdenciário.
40 e 50 - Consolidação do cenário assistencial hospitalar (expansão da rede).
- A Enfermagem se consolida como atividade no âmbito da administração hospitalar, supervisão da assistência e treinamento do pessoal auxiliar.
- DÉCADA DE 60: - Política de saúde estreitamente vinculada ao setor previdenciário (unificado em 64, criação do INPS em 66). Gestão da saúde pública nas mãos de representantes do Estado e submetida aos interesses dos grandes empresários da assistência médica. Expansão da indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares.
- A Enfermagem incorpora responsabilidades instrumentais convertendo-se em ação mais tecnicizada e sofisticada.
- DÉCADA DE 70: - Expansão das políticas sociais (criação do Conselho de Desenvolvimento Social, do Plano de Pronta Ação, criação do Ministério da Previdência e Assistência Social e Organização do Sistema Nacional de Saúde, 1975, e criação do Sistema Nacional da Previdência

- DÉCADA DE 70: (cont.)
- cia Social, SINPAS-1977). Implantação dos Programas de Expansão de Cobertura (interiorização, simplificação, regionalização e integração comunitária).
 - A prática da Enfermagem se volta para a realidade sanitária do País, expandindo-se para além de uma ação aplicada à enfermidade, isto é, integrando-se a atividades articuladas a programas preventivos.
- DÉCADA DE 80: e início de 90
- Ocorrência de propostas de reativação da saúde pública restringidas por crise econômica. Estado impotente delega aos empresários da rede hospitalar privada, mediante credenciamento, a assistência à saúde.
 - Crise econômica e política reverte a esperada eficiência da rede hospitalar. Empresários denunciam o descumprimento dos contratos e congelam atendimento público. Condições sanitárias da população regridem e se agravam com a expansão de doenças (AIDS, Cólera...). Campanhas e Programas articulados (saúde-escola-assistência social) são anunciados.
 - A atividade de Enfermagem se consolida em duas vertentes: a coletiva (20%) e a hospitalar-curativa-individual (80%). Particularmente neste último âmbito, o profissional de Enfermagem atua dentro de uma equipe multiprofissional, onde está subordinado ao médico.
 - A partir da década de 70 a enfermagem brasileira inicia um processo de reflexão crítica sobre a sua prática, num movimento de reação à crise de mercado de trabalho à desvalorização e deterioração das condições de trabalho e a qualidade da assistência prestada.
 - O quadro sanitário no Brasil tem a complexa configuração epidemiológica marcada pela coexistência de padrões característicos do estágio, tanto de subdesenvolvimento, como de países do primeiro mundo. O reordenamento tecnológico e político do setor de saúde enfrenta grandes barreiras no caminho da municipalização, evidenciadas pela distorção ou dicotomia entre o discurso reformista e a prática governamental predominantemente conservadora.

2. SOBRE O ESPAÇO FUNCIONAL DO PESSOAL DE ENFERMAGEM NA ATUALIDADE.

O trabalho em saúde se caracteriza como um processo coletivo composto de áreas técnicas específicas como a medicina, odontologia, farmácia, serviço social, enfermagem, tec. A enfermagem faz parte desse processo sendo exercida por diferentes categorias que compartilham parcelas de trabalho para compor um conjunto complementar e interdependente

Esses trabalhadores da enfermagem, segundo o levantamento dos órgãos de classe, em 1983, (ver gráfico IV) estão mais concentrados nos estabelecimentos hospitalares, 70,4%, enquanto que, apenas 27,9% é absorvida pelos para-hospitalares (Centros e Postos de Saúde, Policlínicas e Unidades Mistas), estando o restante, 1,65% assim distribuído: 1,4% em estabelecimentos de ensino; 0,2% nível central (M.S., SES e M.P.) e 0,05% em Clínicas de Enfermagem independentes (COFEN/ABEN, 1985).

Além dessa concentração do mercado de trabalho de enfermagem, na área hospitalar, existe ainda o agravamento, (ver gráfico V) da disparidade de absorção do pessoal de enfermagem pelos hospitais públicos e privados.

Os profissionais estão sendo formados para atender um mercado de trabalho que privilegia a área hospitalar, curativa e empresarial, porém mantida pelos recursos da Previdência Social. A acentuada absorção de atendentes, por sua mão-de-obra não qualificada e de baixo custo, leva a perda de espaço dos profissionais da equipe de enfermagem que possuem formação e qualificação para exercer a enfermagem.

O estudo revela ainda a existência de 5.060 hospitais e 446.362 leitos em todo o País, onde desempenham suas funções,

14.644 enfermeiros (6,8%), 16.246 técnicos (7,6%) e 48.478 auxiliares (22,6%) e 134.880 atendentes de enfermagem. Enquanto que nos 12.890 para-hospitalares, apresenta-se uma composição de 6.173 (7,3%), enfermeiros, 3.677 (4,3%) de técnicos, 15.770 (18,6%) de auxiliares e 59.274 (69,8%) de atendentes (COFEN/ABEN, 1985: 36-45).

Em uma oficina de trabalho organizada pela Comissão de Serviços de Enfermagem da ABEN Central em Brasília, foi desenvolvido um estudo dos procedimentos, tarefas e atividades que as categorias de enfermagem vem concretamente realizando no sentido de buscar uma compreensão e ao mesmo tempo, conceituar a assistência de enfermagem no País (ABEN/INAMPS, 1987).

A análise dos elementos identificados possibilitou a categorização de três subconjuntos, a saber:

"Ações de natureza propedêutica e terapêutica, complementares ao ato médico e de outros profissionais"

-Estas ações são determinadas em função do ato médico e de outros profissionais. As ações propedêuticas complementares são aquelas que apoiam o diagnóstico e o acompanhamento do processo; nelas se incluem, entre outras, a observação do estado do paciente, o controle de sinais vitais, o controle de líquidos, a coleta de amostras para exames específicos, o controle de líquidos, a coleta de amostras para exames específicos, o controle ponderal e de estatura.

As ações terapêuticas complementares são aquelas que asseguram o tratamento prescrito, como: administração de medicamentos, dietas especiais, a oxigenoterapia, a aplicação de calor e frio entre outros.

"Ações de natureza terapêutica e propedêutica de enfermagem".

O foco destas ações está na organização da totalidade da atenção de enfermagem prestada à clientela. Essa totalidade se dá através de diagnóstico e encaminhamento de situações que se verificam na relação entre a clientela, demais profissionais e a instituição. elas caracterizam a necessidade de tempo e continuidade do trabalho de enfermagem. Como exemplo, temos aquelas atividades que promovem conforto e segurança, assim como aquelas referentes ao trabalho educativo realizado com a clientela.

"Ações de natureza complementar ao controle de risco".

A essência destas ações prende-se à diminuição da probabilidade de agravos à saúde e/ou de suas complicações. Esse caráter de complementariedade refere-se ao fato de que estas ações são desenvolvidas pelo coletivo de profissionais de saúde. Estão incluídas nessa categoria as atividades referentes à vigilância epidemiológica e nutricional, às ações sobre o meio, ao controle de clientela de baixo risco (mulher e criança), ao controle de infecção hospitalar, ao controle de doenças crônicas degenerativas, ao controle de agravos produzidos à população trabalhadora no processo produtivo, entre outros.

"Ações de natureza pedagógica".

Nesta categoria inserem-se todas as ações de treinamento, formação e educação continuada dirigidas à formação do trabalho de enfermagem empregada na rede de serviços.

Este conjunto de ações que caracteriza o trabalho de enfermagem nas instituições de saúde, quando visto em sua globalidade, permitem a visualização de dois aspectos importantes: um primeiro, ligado à essência da assistência, ou seja, os serviços concretamente ofertados à clientela; e, um segundo, correspondente ao apoio e à qualificação da assistência prestada (ABEN/INAMPS, 1987).

De acordo com o grupo de estudo, a assistência de enfermagem, no País está intimamente ligada às políticas de saúde que valorizam a quantidade de assistência prestada (pagamento por atividade) em detrimento da qualidade.

Nas últimas décadas observou-se uma tendência marcada de deterioração da assistência geral e especialmente da assistência de enfermagem, uma vez que a maioria das funções técnicas de enfermagem, principalmente as relacionadas com a atenção direta aos pacientes e ao público, está nas mãos de atendentes, já que estes constituem aproximadamente 64% da força de trabalho em enfermagem no País (COFEN/ABEN, 1985).

Na rede hospitalar, as condições se tornam críticas e com pouca possibilidade de se alcançar qualidade, pela falta de pessoal em número e qualidade. Os materiais e equipamentos tornam-se cada vez mais fonte de risco, para a clientela e para o trabalhador da enfermagem. Na rede de serviços básicos, as condições são agravadas pela falta de identidade e compreensão do objeto específico da assistência, dificultando a promoção e a organização do trabalho como um todo (ABEN/INAMPS, 1987).

Tomando-se por base as funções exercidas pelo pessoal de enfermagem, no levantamento de 1983, verificamos que as ações de enfermagem, como o cuidado a pacientes independentes de seu estado de gravidade ou atendimento a pacientes de ambulatórios estão sendo exercidos indistintamente pelos Técnicos (85,5%); Auxiliares (81,7%) e atendentes (73,2%), "apesar da diversidade de preparação dessas categorias" (COFEN / ABEN 1985: 162).

Em relação aos enfermeiros esse levantamento mostrou que, apesar de se notar um certo envolvimento dos enfermeiros na atenção direta aos pacientes, nos hospitais, (estes representam apenas 6,8% do pessoal de enfermagem hospitalar) e em atividades junto à comunidade, predominam as funções de supervisão

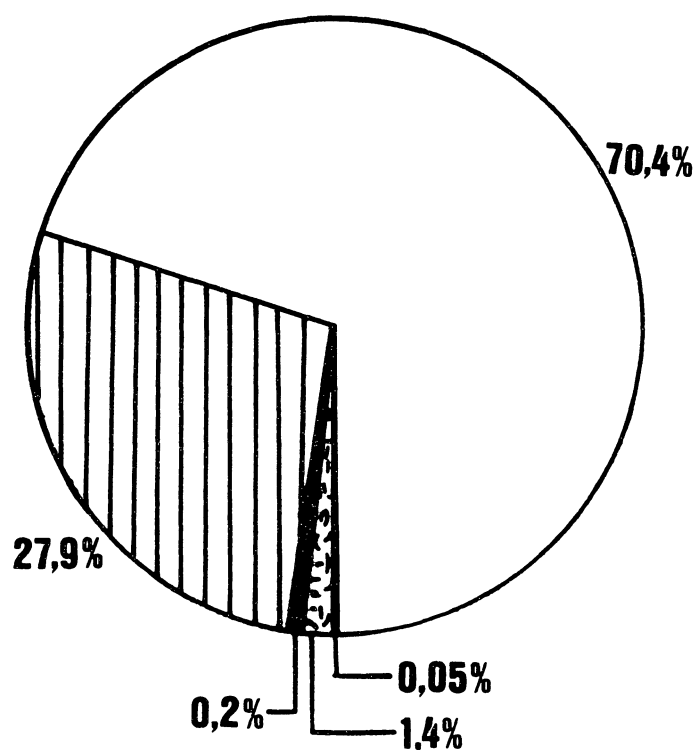
de pessoal, administração de serviços e de ensino.

Se considerarmos que não mais do que 37,1% dessa categoria ocupa cargos de direção, supervisão ou chefia de unidade de enfermagem e que apesar disso 66,4% exercem com muita frequência estas funções (COFEN/ABEN, 1985:163), podemos considerar o que Nogueira sustenta:

"O papel do enfermeiro, dentro da divisão técnica de trabalho em saúde, está assinalado institucionalmente: é o de coordenador e supervisor das tarefas de profissionais de menor qualificação e, sendo assim, é relativamente dispensável ou substituível pelo Técnico de enfermagem ou mesmo pelo auxiliar de enfermagem, categorias de nível médio" (Nogueira, 1986, apud, Médici, Rev.Saúde e Debate, 1986:66).

Esta pequena demonstração, aliada ao conhecimento empírico de quinze anos de atividade profissional, nos faz concordar com o grupo de trabalho, coordenado pela ABEN central "que na prática atual" do exercício de enfermagem "predominam as ações de natureza propedêuticas complementares ao ato médico" (ABEN/INAMPS, 1987) e que essas ações apresentam-se fragmentadas e sem continuidade no processo de assistência para a clientela, com alta probabilidade de risco e favorecimento de iatrogenia. Neste processo descontínuo ocorre a insuficiência de cobertura, resultando na insatisfação da clientela, bem como da própria categoria.

GRÁFICO IV
Pessoal de enfermagem segundo tipo de estabelecimentos — Brasil 1983



LEGENDA






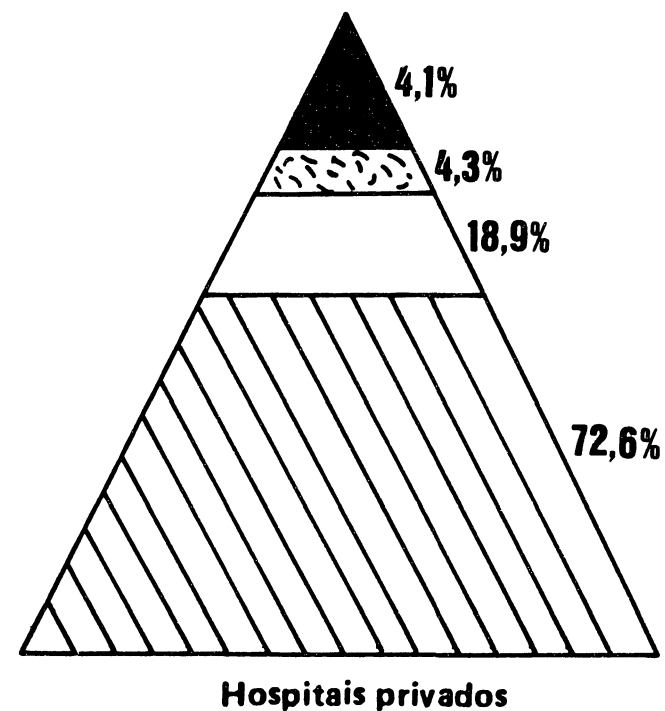
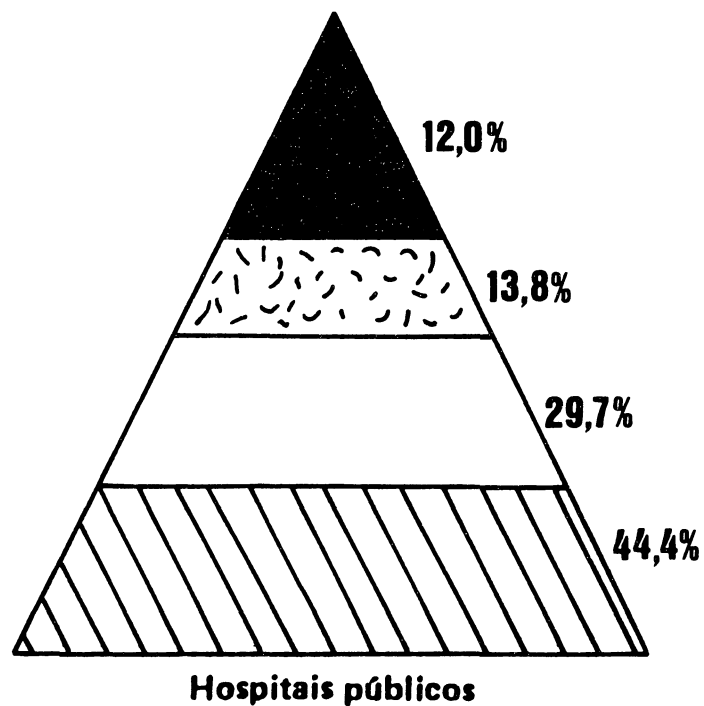
-  HOSPITAL
-  PARA-HOSPITAL
-  NIVEL CENTRAL
-  ENSINO
-  CLINICA DE ENFERMAGEM INDEPENDENTE

GRÁFICO V

**Pessoal de enfermagem que trabalha em hospitais públicos e privados por categoria
Brasil 1983**



LEGENDA:

	ENFERMEIRO
	TÉCNICO
	AUXILIAR
	ATENDENTE

3. SOBRE O PERFIL DO ATENDENTE DE ENFERMAGEM

O atendente de enfermagem constitui uma categoria que compreende várias denominações, conforme já mencionado, como: agentes de saúde, visitantes sanitários, auxiliares operacionais de serviços diversos entre outros, sem exigência legal, por parte dos empregadores, para o exercício das atividades de enfermagem.

Apesar da precariedade dos programas de preparo desses recursos humanos e da ausência de planejamento que estabeleça uma relação entre a complexidade da tarefa, o grau de formação e o risco da clientela, esses atendentes representam a base da pirâmide¹ da enfermagem no País e desempenham atividades em qualquer nível de complexidade.

No estudo do "Perfil do Atendente de Enfermagem", no Estado do Paraná, realizado pelo COREN/PR, em maio de 1991, dos 12.065 atendentes cadastrados e com autorização para execução de tarefas elementares de enfermagem, estes representam 65,0% do contingente de trabalhadores de Enfermagem. (ver gráfico III)

1. Na pesquisa "Força de Trabalho em Enfermagem" realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem em 1982/1983, encontrava-se 63,8% de atendentes trabalhando em enfermagem no País e na Região Sul esse percentual chegava a 67,2% do pessoal de enfermagem sem qualificação (COFEN/ABEN, 1985:35).

Neste estudo, foram levantados dados da ficha cadastral dos atendentes de enfermagem autorizados pelo COREN/PR, quanto: (Ver gráfico VI)

1. Faixa Etária: verifica-se que 84,7% dos Atendentes de Enf. estão concentrados em faixa etária inferior a 45 anos e que 30,5% têm menos de 30 anos.
2. Escolaridade: o perfil de escolaridade situa o segmento com quase um terço sem uma educação básica. Neste dado, pode-se verificar que 66,0% dos atendentes de enfermagem têm escolaridade a nível do 1º grau, sendo que este contingente, representa 40,7%, enquanto que 23,5% cursou o 2º grau e 1,6% já tem o grau superior e que apenas 31,2% não têm escolaridade de 1º grau.
3. Sexo: Os atendentes de enfermagem formam um conjunto com predominância feminina. As mulheres constituem 89,69% dos atendentes de enfermagem no Paraná, contrapondo apenas 10,3% de homens.
4. Estado Civil: observa-se uma ligeira superioridade dos atendentes casados, que são 48,6%, em relação aos atendentes solteiros que alcançam o índice de 40,2%.
5. Local de Trabalho: Os atendentes de enfermagem estão majoritariamente exercendo suas atividades na área hospitalar, com uma concentração de 66,09% contra 25,05% da área de saúde e 8,84% de outras áreas.
6. Tempo de Trabalho: Em outro estudo, também realizado pelo COREN/PR, em 1988, encontra-se um percentual de 68,4% de atendentes trabalhando há menos de 5 anos e apenas 4,2% trabalham há mais de 16 anos.

Os dados demonstram que os atendentes de enfermagem se caracterizam como uma população jovem. O reduzido tempo de serviço sugere que existe alta rotatividade, provavelmente intercalando o exercício do atendente com outras atividades. É de

se observar, ainda, que o maior contingente de atendentes está nos hospitais e que pela gravidade da situação, geralmente apresentada pelos pacientes, estes deveriam estar sendo atendidos por pessoal de enfermagem devidamente qualificado.

A escolaridade é baixa, mas oferece base para a projeção de uma formação mais complexa se considerado que 66% tem o 1º grau completo.

A presença maciça da mulher reflete, na história do trabalho em enfermagem, menos uma competição e mais o resultado de uma opção empresarial pela mão de obra de baixo custo. Ao analisarmos a história, observamos que:

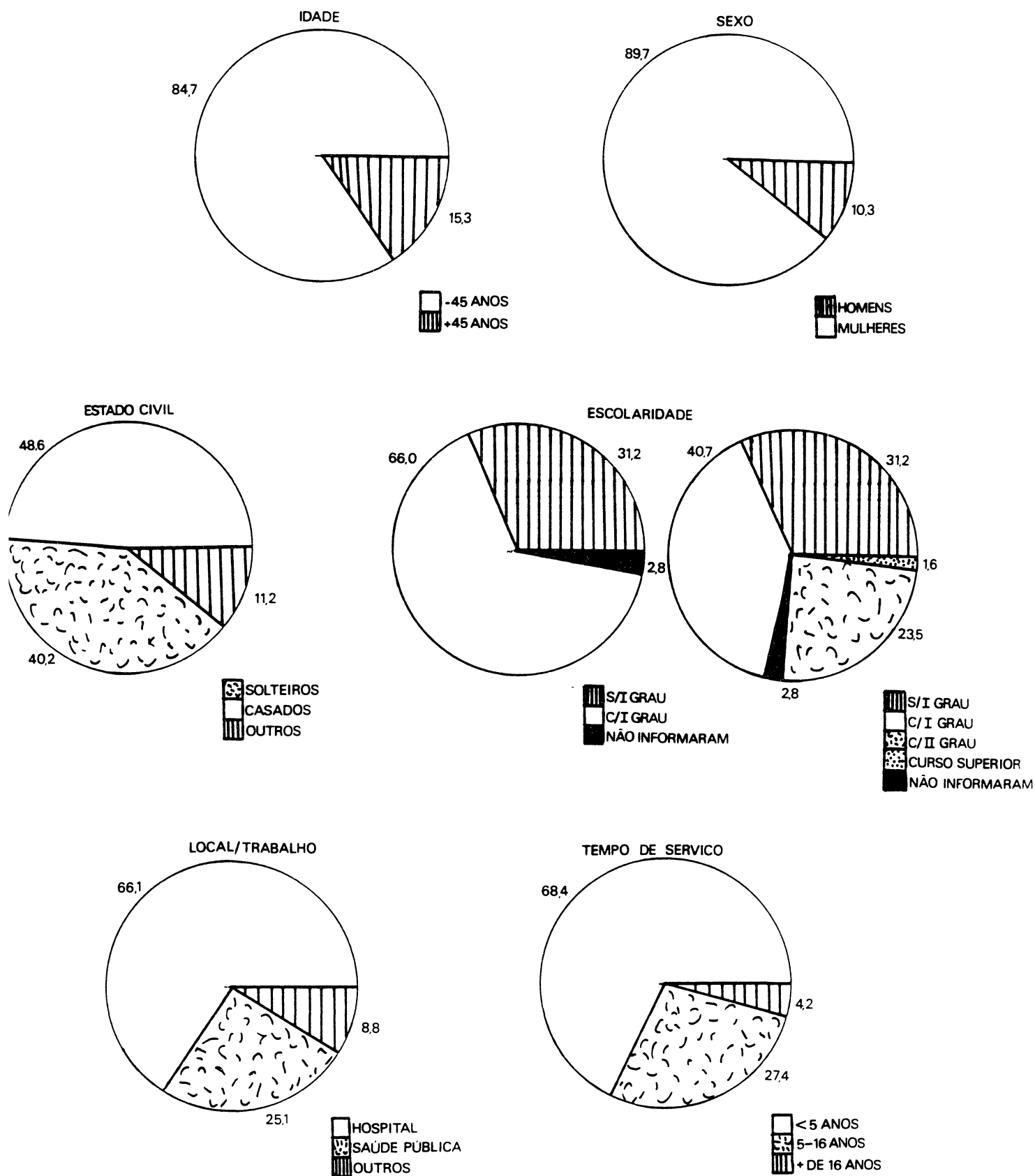
"as origens da discriminação contra a mulher perdem-se na pré-história da humanidade, adquirindo contornos diferentes e o modo de produção existente em que historicamente, condições determinadas de existência têm determinado aos homens o papel hegemônico na esfera da produção econômica" (Silva, 1986).

Silva, analisando o trabalho entre os sexos salienta que o trabalho de enfermagem não é desprestigiado por ser feminino, mas é feminino por ser desprestigiado (Silva, 1986).

Este mesmo acesso feminino pode representar uma demanda de formação inserida em um importante processo de ascensão profissional desse segmento.

Os dados oferecidos pelo estudo do COREN/PR em maio de 1988 e 1991, podem ser considerados como representativos do momento e até projetados para os próximos anos, se não ocorrer uma intervenção pública sobre o quadro observado.

GRÁFICO VI
PERFIL DO ATENDENTE DE ENFERMAGEM - PARANÁ, 1991 (COREN/PR).



4. VIAS DE FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM

Foi ainda, no século XIX que a prática de enfermagem passa a ser ensinada através da escola, onde ocorre o "ensino versus prática". É a sistematização do "Saber da Enfermagem", que "tem suas raízes em milhares de anos, durante os quais as enfermeiras empenhavam-se em curar o doente e dele cuidar com carinho, mais que com ciência" (Seamam et alii, apud, Almeida, 1976: 29).

Entretanto, a sistematização do saber ou da arte de enfermagem que se dá através do ensino, vem traduzir-se com plenitude no século XX, nas técnicas de enfermagem que descrevem detalhadamente, passo a passo os procedimentos de enfermagem, bem como o material a ser utilizado (Almeida, 1976:2).

Na organização da primeira escola brasileira de enfermagem, em 1923, do Departamento Nacional de Saúde Pública¹ - DNPS, sob os moldes norte-americanos, adotou-se em seu currículo, com destaque, as técnicas de enfermagem entre os conteúdos propostos.

Silva, estudando a Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem ressalta a importância da sistematização das técnicas de enfermagem, quando afirma que:

"foi pelo controle da aplicação sistematizada dessas técnicas que as atividades de enfermagem foram reconhecidas como campo de atividades e de conhecimento especial na área de saúde" (Silva, 1989:141).

Em 1926, a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública passa à denominação de Escola de Enfermeiras Dona Ana Neri². Sendo elevada a "Escola Oficial Padrão"³ em 1931, pelo Decreto nº 20.109/31, e designada, simplesmente, Escola de Enfermeiras Ana Neri. O referido decreto dispunha sobre o ensino de Enfermagem no país e determinava que só poderiam usar o título de Enfermeiros, profissionais diplomados por escolas de enfermagem oficiais ou equiparadas à Escola Ana Neri, bem como profissionais diplomados em escolas estrangeiras reconhecidas pelas leis de seu país, que se habilitassem perante banca examinadora. Limitando o exercício da Enfermagem a profissionais qualificados, procuravam estabelecer certos padrões de ensino da enfermagem visando a proteção do público consumidor (Carvalho, 1976:210).

Os autores são unânimes em reconhecer que, desde o início, teve a Escola Ana Neri, alto "Padrão" de ensino e serviu de paradigma aos estabelecimentos congêneres que foram surgindo em diversos Estados nos anos subsequentes.

-
1. "O Código Sanitário elaborado por Carlos Chagas, do qual resultou o Decreto nº 16.300 de 31 de dezembro de 1923, aprovou o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, formalizou as providências sugeridas para elevar o padrão dos serviços de saúde no país com o auxílio de enfermeiras tecnicamente preparadas (...) O Capítulo XIII cuidava da regulamentação da Escola de Enfermagem, criada 1 ano antes pelo Decreto nº 15.799, de 10 de fevereiro de 1922, anexa ao Hospital Geral de Assistência daquele Departamento" (Carvalho, 1976:08).

Esta escola, posteriormente, foi incorporada à Universidade do Brasil, como Instituição de Ensino Complementar, pela Lei nº 452, mas com completa autonomia. Em 1947 passou a ter na Universidade lugar ao das demais unidades (Carvalho, 1976).

Em 1943, portanto, vinte anos após a instalação da primeira escola "padrão", existiam no País, onze estabelecimentos de ensino especializado que havia formado apenas 1533 enfermeiros, se estimamos uma média de 76 formados por ano e cerca de 07 por estabelecimento (Rev. Bras. de Enf., 1974).

Segundo Pires (1989:138), desde a formação das primeiras turmas, as enfermeiras diplomadas começam a preparar pessoal auxiliar, para executar tarefas delegadas. Assim é que Laís Netto dos Reis cria em 1936, o primeiro curso de auxiliar de enfermagem, agregado à Escola Carlos Chagas, em Belo Horizonte com a duração de um ano, sendo a partir daí, instituído o curso em caráter permanente, todavia sem amparo legal (ABEN, 1974).

Somente em 1949, o ensino de enfermagem é disciplinado através da Lei, 775/49, que institue oficialmente o curso de enfermagem de nível superior, com uma duração de 36 meses e exigência de formação anterior de 2º grau, porém concedido prazo de carência que se estendeu até 1962. Estabeleceu o curso de Auxiliar de Enfermagem com a duração de 18 meses e exigência do primeiro grau. Essa lei foi regulamentada pelo Dec. 27.426/1949, deixando as escolas de enfermagem de serem equiparadas à Escola Ana Neri, ficando sujeitas à jurisdição da Diretoria do

2. ANA JUSTINA NERI, baiana que se destacou no século XVIII, prestando seus serviços na assistência de enfermagem aos feridos na guerra que a Tríplice Aliança (Brasil, Argentina e Uruguai) desenvolveu contra o Paraguai.

Ensino Superior do Ministério da Educação e Saúde, para efeitos de autorização, reconhecimento e fiscalização (Pires,1989),(Carvalho, 1976).

Como foi visto anteriormente, a primeira turma de enfermeiras diplomadas em 1926, fundou uma associação, que mais tarde teve como denominação, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN).

Ao comentar as origens desta Associação, Maria Rosa S. Pinheiro, em 1955, assim se expressou:

"Desde 1926 existia a Associação formada pelo primeiro grupo de diplomadas da Escola Ana Neri. Ao ser criada não havia mais que um punhado de enfermeiras no Brasil; mas era um grupo entusiasta, com idealismo que só neófitos e pioneiros sabem ter e ao qual o número diminuto de membros não amedrontava; o que faltava em tamanho sobrava-lhe em vigor. Contava ela somente três anos de vida quando pleiteou a admissão ao Conselho Internacional de Enfermeiras; era audácia, mas forte é aquele que ousa, e foi aceita, prova de sua vitalidade e de seu valor" (Carvalho, 1976:2).

3. "Escola Oficial Padrão", estabelecida pelo Decreto nº 20.109/31, consolida efetivamente o exercício profissional da Enfermagem no País, bem como, determina os "critérios de equiparação das demais escolas de enfermagem, para o seu efetivo funcionamento e expedição de Diplomas" (ABEN/COFEN, 1985).

Em uma análise da história dessa Associação, Amália Correia de Carvalho descreve:

"No período de consolidação, prosseguem os trabalhos da Comissão de Educação, que culmina com a promulgação da Lei 775/49, que dispunha sobre o ensino de Enfermagem no País(...) Finalmente, a profissão contaria com uma Lei de ensino que, além de colocar o Curso de Enfermagem entre os de nível superior, ainda que a longo prazo, criaria o Curso de Auxiliar de Enfermagem, uma necessidade considerada naquela época. A Associação teve ação preponderante no que concerne ao currículo e à maior parte das disposições contidas nessa Lei, tendo acompanhado toda a sua tramitação, apresentando valiosos subsídios" (Carvalho, 1986, Rev. Bras. Enf. 39:09).

Com a promulgação da Lei nº 2604/55 que regulou o exercício da profissão em 1955 e consciente da necessidade de informações sobre a situação do ensino e do exercício da enfermagem no País, a ABEN em 1956 a 1958, levou a efeito um "Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil" (Carvalho, 1986).

O número de escolas para formação de enfermeiros, que em 1943 era de 11, agora em 1956, passa para 33, enquanto que são criados 41 cursos para Auxiliar de Enfermagem.⁴

4. No Paraná, a primeira escola de enfermagem a ser criada, foi a Escola de Auxiliares de Enfermagem "Dr. Caetano Munhoz da Rocha", por iniciativa de uma instituição particular, Associação Feminina de Proteção à Maternidade e à Infância, no ano de 1953, com orientação e apoio dos poderes públicos do Estado, da Divisão de Organização Sanitária, da Campanha Nacional Contra a Tuberculose e de enfermeiras já existentes nesta cidade.

A população do Brasil, por essa época, era de 60 milhões e o pessoal de enfermagem estava assim constituído: das 42.931 exercentes de enfermagem, 4.831 eram enfermeiras, ou seja, 11,3%; 1.982 auxiliares de enfermagem, representando 4,6% e o restante 84,1% de atendentes (ver gráfico VII). O gráfico VIII, mostra a concentração desse pessoal, onde 83,4% estava exercendo atividades em estabelecimentos hospitalares, 15,0% em Saúde Pública e 1,6% em ensino (cursos de graduação e auxiliar de enfermagem).

Carvalho (1976), em seu documentário sobre sessenta anos da Associação Brasileira de Enfermagem, comenta:

"Até a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a enfermagem era considerada uma profissão com características próprias que justificavam uma legislação à parte, por muito tempo incentivada e aceita pelo próprios enfermeiros. Acompanhando a evolução natural da sociedade e o rápido progresso do ensino de Enfermagem nos últimos anos, essa situação não mais satisfazia e a tendência dominante passou a ser a sua integração total em todos os níveis, no sistema geral de ensino do País" (Carvalho, 1976:155).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgada em 1961, nº 4024, trouxe uma profunda alteração no quadro do ensino. Esta lei também determinou que a estruturação e o reconhecimento dos cursos de nível médio fossem transferidos para o Sistema Estadual de Ensino.

O ensino de enfermagem passou a ser ministrado em três níveis:

- a) superior, nas Escolas de Enfermagem, a que tinham acesso candidatos que houvessem concluído seus estudos de nível médio (ciclo ginasial e colegial) e fossem aprovados em Exame Vestibular. Este nível ficou remetido à regulamentação mínima do Conselho Federal de Educação.

- b) o médio colegial, nas Escolas Técnicas de Enfermagem, abertas aos que tivessem concluído os estudos de 1º ciclo nível médio e
- c) médio ginasial, nas Escolas de Enfermagem, a que tinham ingresso os que estivessem cursando o 1º ciclo ou mesmo já houvessem terminado.

Esta lei traria consigo a abertura para a criação do Curso Técnico de Enfermagem, considerando que os serviços de enfermagem necessitavam de maior número de profissionais; havia a pressão dos auxiliares de enfermagem que aspiravam ocupar a faixa dos cursos de segundo grau. Sendo que o primeiro curso técnico de enfermagem se deu na Escola Ana Neri, baseado no Parecer nº 171/66 (Rev. Bras. Enf., 1974).

A Lei 5692/71 e sucessivas resoluções do CFE, estabeleceram a formação profissional do técnico e do auxiliar de enfermagem.

Pela Resolução nº 07/77 a formação do Técnico se dá a nível de 2º grau, sendo considerada habilitação plena e o auxiliar de enfermagem foi considerado habilitação parcial a nível de 2º grau. Porém a Resolução 08/77 permite, em caráter transitório e emergencial, a formação do auxiliar de enfermagem a nível de 1º grau, como qualificação profissional.

Estas habilitações podem ocorrer tanto no sistema regular de ensino, como no sistema supletivo, através de cursos ou apenas exames.

A Resolução nº 2 anexa ao Parecer 45/72 do CFE determina que sejam conferidos Diplomas aos Técnicos de Enfermagem e Certificados aos Auxiliares de Enfermagem, quer nos casos de conclusão do curso a nível de 1º grau, como habilitação profissional ou a nível de 2º grau, como habilitação parcial (Porto et alii, Rev.Nova Dimensão,1978:175-80).

A licenciatura em Enfermagem foi regularmente instituída em 1969, pela Portaria nº 13 do Ministério da Educação e Cultura e pela Lei nº 5692/71 em seu art. 30, visando o preparo pedagógico do Enfermeiro e posteriormente também o técnico de enfermagem, para o ensino das Disciplinas de Enfermagem, Programas de Saúde e Higiene, nos cursos de nível médio (Porto et alii, Rev. Nova Dimensão, 1978:179)

Para efeito da projeção formativa, foi definido o perfil do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem, elaborado pela Escola de Enfermagem Ana Neri da U.F.Rj - Parecer nº 3.814/76 - CFE (Rodrigues, 1979:301).

" A) Técnico de Enfermagem:

Trabalha sob a orientação de Enfermeiros, exerce as seguintes atividades:

- a prestação da assistência de enfermagem; realiza cuidados de conforto e higiene dos pacientes; observa e registra sinais e sintomas; aplica e faz leitura de testes para subsídios diagnósticos; executa tratamentos; verifica sinais vitais; colhe e encaminha material para exames de laboratório; aplica medicamentos; executa curativos; instrumenta em intervenções cirúrgicas; presta orientação pós consulta; registra as atividades realizadas;
- na elaboração do plano de assistência de enfermagem, contribui com suas observações e os informes colhidos, junto aos pacientes e seus familiares, colaborando com o enfermeiro para o cumprimento de sua tarefa;
- na orientação de pessoal auxiliar de enfermagem, transmite instruções, presta assistência técnica e acompanha execução de tarefas;

- no ensino de pessoal auxiliar e na educação de grupos da comunidade, colabora no desenvolvimento dos programas educativos, quando devidamente habilitado.

B) Auxiliar de Enfermagem:

Sob supervisão da enfermeira o sob orientação do técnico de enfermagem, exerce as seguintes tarefas:

- realiza cuidados de conforto e higiene pessoal; auxilia o paciente na alimentação; verifica sinais vitais; pesa e mensura o paciente; faz curativos simples; prepara o paciente para consulta médica e de enfermagem; aplica imunizantes; executa tratamento como: lavagem intestinal, enema e aplicação de calor; colhe material como urina, fezes e escarro, para exames de laboratório; registra as tarefas e executa atividades de apoio;
- participa na orientação a pacientes e família, sobre atividades de rotina na instituição e no esclarecimento sobre imunização; (Rodrigues, 1979:301-302).

A exemplo das demais carreiras universitárias e em função da Reforma de 68, também o Curso Superior de Enfermagem sofreu no final da década de 60, através da revisão dos currículos do Curso Superior no País. A partir de 1972, foi ajustado o Currículo Mínimo do Curso de Enfermagem, pelo Parecer nº 163/72 e Resolução nº 04/72, determinando 2.500 horas, mais ou menos 04 anos, sendo dedicadas 500 horas no mínimo, para habilitações não obrigatórias oferecidas a diferentes áreas.

Uma vez concluído o tronco profissional com duração mínima de três e máxima de cinco anos, (o que confere ao profissional o diploma de enfermeiro), este poderia optar por uma habilitação - Obstetrícia, Saúde Pública, Médico-Cirúrgi-

cas e/ou Licenciatura.

Com a Lei da Reforma Universitária (Lei nº 5.540/68), houve uma maior oportunidade para o aperfeiçoamento do enfermeiro, que além das habilitações, poderia especializar-se nas diferentes áreas, ou prosseguir carreira universitária através dos cursos de mestrado e doutorado (Carvalho, 1976:168) (COFEN/ABEN, 1985:63).

Na pesquisa realizada em 1983, pelo COFEN/ABEN, dos 25.813 enfermeiros em atividade, 44,2% contavam com habilitação, 38,7% com especialização em um pequeno percentual, 6,8% declarou possuir ou estar cursando pós-graduação em Mestrado e Doutorado.

"Os maiores percentuais de enfermeiros com pós-graduação, encontra-se nos estabelecimentos de ensino em particular nos de graduação(...) dos 2.774 enfermeiros docentes, 46,9% tem pós-graduação" (COFEN/ABEN, 1985:68).

o mesmo estudo de 1983, demonstra que: dos 33 cursos de graduação em enfermagem, em 1956-58, 7 tiveram suas atividades encerradas e 55 novos cursos foram criados; quanto aos cursos de auxiliar de enfermagem que eram de 41 em 1956-58, neste estudo passam para 145 e os cursos de técnico de enfermagem que inexistiam, agora contam com 115 cursos(COFEN/ABEN, 1985:46-7).

Este, o quadro da formação convencional no campo da enfermagem. Fora dele, cabe considerar pelo menos nas últimas décadas, as iniciativas de treinamento, parciais, ocasionais, desenvolvidos pelo sistema de saúde ou pelo para-sistemas de formação profissional como o SENAC, SENAI e SESI.

O SENAC, atendendo o disposto na Lei do exercício profissional da enfermagem, reverteu o treinamento de atendentes, para a formação de auxiliares de enfermagem, o que poderá contribuir para modificar o quadro apresentado.

QUADRO II - O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE
FORMAÇÃO NO CAMPO DA ENFERMAGEM

MECANISMOS DE FORMAÇÃO:

ANTES DE 1920: - Formação específica, sem pré-requisito (leigos) apenas bons antecedentes.

- Cursos de Parteiras - 1808 na Bahia e 1932 no Rio de Janeiro.
- Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros, para o atendimento de alienados mentais em 1890, (Dec. 791/1890).
- Escola Prática de Enfermagem da Cruz Vermelha para socorristas em situações de emergências em 1916 e Visitadores Sanitários em 1920, para o atendimento em endemias e epidemias no Rio de Janeiro, (Dec. 2380/1910).

DÉCADA DE 20: - Para o controle das endemias e epidemias o governo através do DNSP e com apoio da Fundação Rockefeller, cria o Serviço de Enfermeiras, em 1922, (Dec. 15.799/22) e para dar suporte funda a Escola de Enfermeiras em nível profissional (Dec. 16.300/23), com exigência do nível secundário ou conhecimento equivalente.

- A institucionalização da ação de Enfermagem, baseada em técnicas específicas e conhecimento científico, por sua vez, justifica a criação de uma Associação de Enfermagem (1926) que passou a liderar a promoção do desenvolvimento da profissão no país, tendo se filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), em 1929.

DÉCADA DE 30: - É regulamentada a profissão de Enfermeiro Diplomado (Dec. 20109/31), no Brasil e a 1ª escola do sistema Nightingale passa a "Escola Oficial Padrão" (Ana Neri) para as demais escolas do País.

DÉCADA DE 30: - Em 1932, através da Regulamentação da fiscalização do exercício da enfermagem passa este profissional à denominação de enfermeiro (a) sem a adjetivação de "Diplomado", (Dec. 20.931/32). Em maio do mesmo ano sai a publicação do 1º periódico que até hoje constitui o principal veículo de comunicação científica da classe, (Revista Brasileira de Enfermagem).

(cont.)

- O declínio do prestígio do DNSP ameaça os destinos da Escola Ana Neri; porém, as enfermeiras com ato Legislativo conseguem incorporar esta Escola à Universidade do Brasil, (Lei nº 452/37). Na mesma década é criado o 1º curso de auxiliar de enfermagem, uma necessidade considerada premente naquela época, todavia sem amparo legal, por Laís Neto dos Reis - Minas Gerais.

DÉCADA DE 40: - Com o declínio dos serviços de Saúde Pública e o avanço da assistência hospitalar, a enfermagem passa a ocupar a rede hospitalar. Há expansão de escolas formadoras de pessoal de enfermagem dentro do modelo nightingaleano. A formação dos enfermeiros está voltada para a supervisão e administração e a formação de pessoal auxiliar está voltada para o fazer.

- A ABEN dá entrada no projeto para a criação do "Conselho de Enfermagem" no M.E.S, em 1945. Realiza-se o 1º Congresso Brasileiro de Enfermagem em 1947, que se repetirá anualmente sendo o 43º realizado em Curitiba, Pr, de 12 a 16 de outubro de 1991.
- No sentido de melhorar as condições de ensino e pesquisa médica, cria-se o Hospital de Clínicas de São Paulo, que passa a incorporar as "enfermeiras Ana Neri" para a organização do serviço de enfermagem anexa à Faculdade de Medicina. Outros hospitais-escola são instalados em outras Capitais de estados procurando seguir o mesmo padrão.

DÉCADA DE 40: - Somente no final da década que o ensino da Enfermagem sofre reestruturação, com a institucionalização do curso de auxiliar de enfermagem e a transformação do curso de enfermagem para nível superior, estabelecido um prazo de carência e com exigência do 2º grau (sem considerar conhecimentos equivalentes). As escolas de Enfermagem deixam de ser equiparadas à Escola Ana Neri e passam a ser reconhecidas pela Diretoria de Ensino Superior do então M.E. S. Esta Lei define o currículo e a condição em que se dará os cursos de enfermagem, (Lei nº 775/49 e Dec. 27.426/49).

DÉCADA DE 50: - Para atender às necessidades da classe, face ao crescimento do pessoal de enfermagem nos serviços de saúde, é promulgada a Lei, (Lei nº 2.604/55), para normatizar o exercício profissional. A necessidade de informações sobre a situação do ensino e do exercício de enfermagem no País, levou a ABEN a realizar um Levantamento de Recursos e Necessidades da Enfermagem no País, de 1956-58.

- Para reverenciar vultos históricos da Enfermagem celebra-se, anualmente, a Semana de Enfermagem, de 12 a 20 de maio, que corresponde ao nascimento de F. Nightingale e ao falecimento de Ana Neri, (Dec. 48.202/60).

- A tendência do Estado em conferir prioridade ao tratamento curativo em detrimento das medidas preventivas tem repercussão no mercado de trabalho de enfermagem na orientação dos currículos das Escolas, voltado para o ambiente hospitalar. Com a expansão do atendimento hospitalar privado que toma caráter de empresa médica, a enfermagem procura organizar a sua prática através do ensino da administração baseada nos Princípios Científicos aplicados à enfermagem.

- Três fatores marcam a década de 60 para o desenvolvimento da enfermagem: a) regulamentação da Lei nº 2.604/55, (Dec. 50.387/61); b) em atendimento à Lei nº 2.990/56, a passagem definitiva do Curso de Formação em Enfermagem para o nível superior, (Parecer CFE nº 271/62); c) criação do 1º Curso Técnico de Enfermagem na Escola Ana Neri, (Parecer 171/66 CFE).

- DÉCADA DE 70: - Criação dos Conselhos Federal (COFEN) e Regionais de Enfermagem (COREns), após 30 anos de luta da Classe, (Lei nº 5.905/73), Órgão disciplinador da profissão.
- A formação na área de enfermagem sofre a influência da Reforma Universitária, (Lei nº 5.540/68), (Res. 04/72) e do ensino de nível médio com fixação de novos currículos de 1º e 2º graus e superior (Lei nº 5692/71) e (Parecer 163/72 CFE).
 - Determinação da profissionalização a nível de II grau, com indicação das habilitações na área da enfermagem, (Parecer 45/72 CFE). Habilidade plena nº 47 na listagem geral das habilitações para o técnico de enfermagem e habilitação parcial para o auxiliar de enfermagem nº 119.
 - Em 1975 cai a obrigatoriedade de profissionalização no Ensino de II grau (Parecer 76/75 CEE) e as habilitações passam a ser consideradas sob o conceito de Habilidade Básica, (Parecer 3692/75 CFE), sugerindo uma complementação específica em cada caso.
 - Face às diferenças regionais, abre-se a possibilidade de habilitação do auxiliar de enfermagem ao nível de I grau em contextos mais carentes e em caráter apenas emergencial (Parecer 08/27 CFE).
 - O estímulo ao desenvolvimento acadêmico da profissão ocorre com os cursos de mestrado e doutorado, além das especializações. Docentes e Enfermeiras começam a preparar suas dissertações de mestrado e teses de doutorado e de livre docência, com aprofundamento cada vez maior, em áreas de conhecimento específico de enfermagem.
 - No campo científico e com a participação dos associados da ABEN, nas Reuniões da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), a enfermagem foi classificada como uma das ciências na Seção de Ciências Aplicadas dessa Sociedade, em 1977.

DÉCADA DE 70: - Nesta década, surge o enfoque da construção do corpo de conhecimentos específicos de enfermagem e as "teorias de enfermagem" são o instrumental indicado para a enfermagem buscar a sua autonomia no campo do saber e determinar o seu espaço de atuação no trabalho com outros profissionais.

DÉCADA DE 80: - Após três décadas do 1º levantamento de Recursos Humanos e Necessidades na Enfermagem, o COFEN (82/83), efetuou estudo sobre o exercício da Enfermagem e seus determinantes, nas Instituições de saúde no Brasil.

90

- A nova Lei do Exercício Profissional, em tramitação desde a "década de 70" é aprovada com vetos significativos, prevalecendo os interesses do setor hospitalar, curativo, empresarial, dominante da política de saúde no Brasil, (Lei nº 7498/86) e (Dec. nº 94.406/87).

- O questionamento do ensino superior, mais particularmente da Enfermagem, desencadeou a discussão e formulação de uma Nova Proposta de Currículo Mínimo para Formação do Enfermeiro em Nível de Graduação, compatível com um perfil profissional competente para atuar, também, na rede básica dos serviços de saúde.

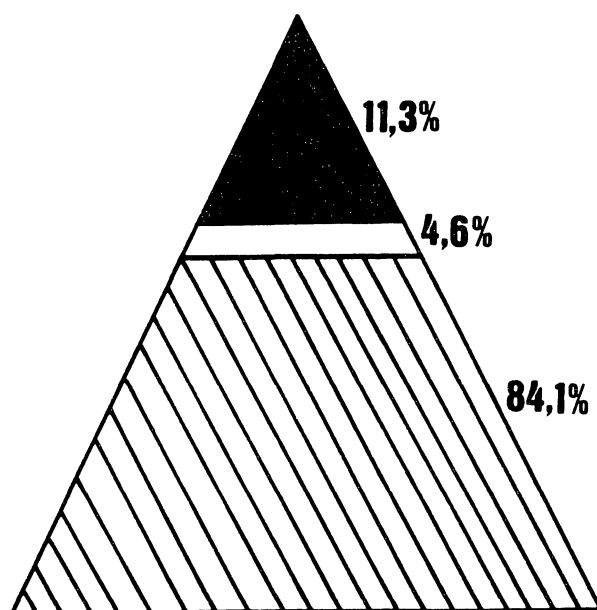
- A partir de 1978 surgem propostas de substituição do insustentável modelo de assistência médico-hospitalar vigente, com o Programa de Ações Integradas de Saúde em atenção ao compromisso assumido pelo governo brasileiro com as agências internacionais de saúde, de adotar a estratégia dos "cuidados primários de saúde" para consecução da meta "Saúde para todos no ano 2000". As características do modelo de AIS são favoráveis à atuação do pessoal de enfermagem: o cuidado integral à saúde, o uso de tecnologias apropriadas no auto-cuidado, a análise global das situações com base na orientação da clientela e o trabalho integrado de profissionais de saúde, clientes, grupos da comunidade, são aspectos altamente positivos ao desenvolvimento da assistência de enfermagem. Apesar dessa afinidade, a política de saúde não tem considerado devidamente a contribuição do pessoal de enfermagem na prestação de cuidados básicos.

DÉCADA DE 80: - Com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, saiu vitoriosa a tese de uma Reforma Sanitária, que veio desembocar no Sistema Único de Saúde, onde há a possibilidade de uma progressiva estatização do setor e a universalização do atendimento, decorrentes do reconhecimento da saúde como um direito de cidadania.

90

(cont.)

GRÁFICO VII
Pessoal de enfermagem por categoria - Brasil 1.956.



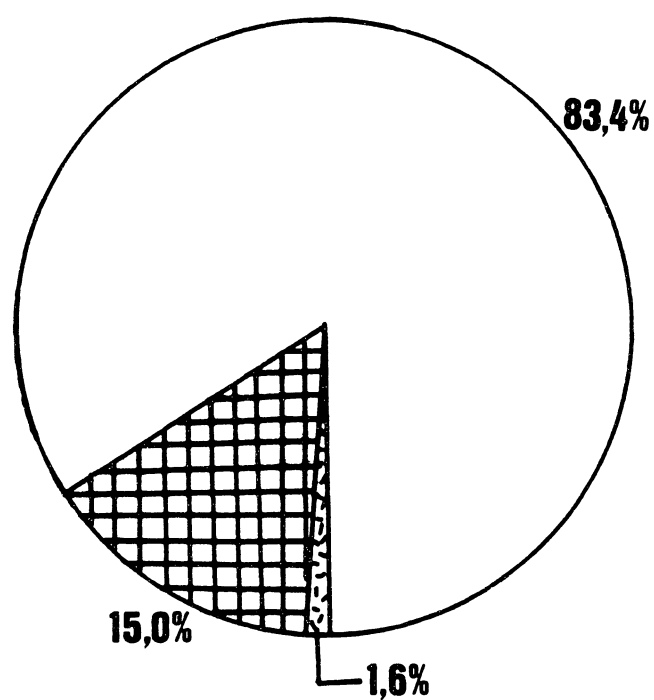
LEGENDA:

-  ENFERMEIRO
-  TÉCNICO
-  AUXILIAR
-  ATENDENTE

GRÁFICO VIII

67

Pessoal de enfermagem segundo tipo de estabelecimentos - Brasil 1.956.



LEGENDA



5. A NECESSIDADE DE PROFISSIONALIZAÇÃO DO ATENDENTE DE ENFERMAGEM.

Há pelo menos, dois ângulos a considerar para caracterizar a necessidade da profissionalização do atendente de enfermagem.

De um lado, o ângulo qualitativo do exercício e da formação correspondente; de outro, o ângulo quantitativo do contingente passível de qualificação profissional.

Aos ocupacionais da enfermagem, denomina-se "atendente de enfermagem". a apresenta-se como pessoal de nível de instrução variável, do qual se tem exigido, pelo menos, a competência de ler e escrever e efetuar as quatro operações aritméticas fundamentais. Tem sido triado na própria comunidade em que deverá atuar.

Distinguem-se dois principais campos de trabalho do atendente de enfermagem com implicações pedagógicas: Unidades Ambulatoriais (Postos e Centros de Saúde) e Unidades Hospitalares.

Em Unidades Ambulatoriais, o atendente de enfermagem deve receber preparação polivalente para prestar cuidados primários à comunidade, ou participar de sua realização, com base na identificação de problemas de saúde e de saneamento ambiental. Promover medidas simples de saúde, bem como, prevenção, recuperação e reabilitação, sob supervisão.

Para desenvolver ações de enfermagem, no campo hospitalar, o atendente de enfermagem precisa também receber uma preparação polivalente que o torne apto a realizar, sob supervisão, atividades concernentes aos vários setores de internação, incluindo enfermarias, centro obstétrico e berçário. (Ministério da Saúde, 1982:16).

Contudo, a realidade pode ser demonstrada na Análise da posição dos atendentes no Processo de Produção em Saúde, onde de Martins salienta:

"Não é novidade a forma como esses trabalhadores se inserem no mercado de trabalho: na maioria das vezes sem qualquer qualificação - em hospitais, muitas vezes, se iniciam como zeladores ou ajudantes e terminam sendo atendentes, sem aos menos passar por processo de treinamento. No trabalho em Ambulatórios e Postos de Saúde, as vezes recebem um treinamento em serviço e outros cursos de preparação mais longos, apesar disso, de uma forma ou outra, apenas recebem certificado que só tem validade na própria instituição de saúde que realizou o curso" (Martins et alii, 1990: 32-3).

Portanto, o atendente de enfermagem é um trabalhador que atua na área de enfermagem, porém sem o reconhecimento do Sistema Formal de Ensino e sem a devida identidade profissional.

A Lei nº 7498 de 25.06.86, (anexo I) que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, dispõe em seu art. 2º:

"A enfermagem é suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício."

Em seu parágrafo único diz:

"A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação"

(Lei nº 7498/1986)

Observa-se que a referida Lei, exclue, na sua regulamentação, o atendente de enfermagem como categoria e especifica em seu artigo 22 que:

"O pessoal que se encontra executando tarefas de enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nessa área, sem possuir formação específica regulada em Lei, será autorizado pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de enfermagem." (Lei nº 7498,1986)

O Parágrafo Único desse mesmo artigo, determina um prazo de 10 anos a contar da data da promulgação da Lei. Portanto o COFEN somente poderá conceder autorizações até 1996.

Outrossim, considerando-se o lado qualitativo, torna-se imperioso estimular a profissionalização do atendente de enfermagem, o que, além de atender ao dispositivo legal, estará contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

De outro lado, deve-se considerar o ângulo quantitativo do contingente passível de qualificação profissional.

No Paraná, em 1988 estimou-se que existiam 13.750 pessoas sem qualificação trabalhando em enfermagem e que somados a 500 pessoas/ano que estariam ingressando na área em decorrência da expansão dos serviços de saúde, constituiriam um contingente de 17.750 pessoas que precisariam ser profissionalizadas até 1996, para atingir a meta traçada pela Lei do Exercício Profissional.

Ainda no Estado, para o exercício de tarefas elementares de enfermagem, até abril deste ano, já haviam sido so-

licitadas 12.065 autorizações ao COREN/PR, (COREN,PR,1991) o que representa 79,1% da projeção acima estipulada pelo COREN/PR em 1988 e que estão executando atividade na área de enfermagem.

Se considerarmos apenas os cadastrados com autorizações especiais, deixando de lado a projeção, ainda assim, estamos, no momento, com um contingente de 12.065 exercentes sem profissionalização em atividade na enfermagem.

É de se considerar ainda, o perfil do pessoal de enfermagem levado a efeito pelo COREN/PR em maio de 1991, conforme dados já apresentados na introdução do presente estudo, onde o atendente representa o segmento majoritário, constituindo mais de dois terços do total de pessoas vinculadas a este mercado de trabalho. A problemática da formação deste segmento fica mais aguda quando constatamos que, além da assistência de enfermagem na sua maior parte (65%) estar sendo prestada pela categoria de enfermagem não contemplada pelo sistema formador específico, esses trabalhadores ainda, no dizer de Martins, "se encontram em "pré-cidadania", estado manifestado pela ausência de direito civil, qual seja, o de poder se empregar em qualquer lugar deste país, reconhecidos em sua profissão" (Martins et alii, 1990:32).

Para reverter este quadro e cumprir o que determina a Lei 7498/86, faz-se necessário mobilizar o pessoal envolvido, seus empregadores, as entidades de classe, líderes das equipes de enfermagem, o sistema formador em todos os seus níveis e a própria comunidade paranaense, uma vez que sobre ela se reflete esta qualidade de assistência prestada.

PROPOSTA

COMO CONCEBER UMA PROPOSTA FORMATIVA QUE QUALIFIQUE O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM?

Primeiramente, partimos do pressuposto de que este segmento que labora na área não vai ser substituído, pelo menos a médio prazo, pelas demais categorias - enfermeiros(a), técnico e auxiliar de enfermagem. Pelo contrário, a presença do atendente está consolidada e tende a se expandir. Isto se dá porque, por um lado, nem o sistema escolar convencional, regular ou supletivo, dá conta de responder a uma demanda de formação específica, conforme dispõe a regulamentação profissional respectiva, e por outro, as empresas públicas e privadas não patrocinam um perfil de emprego dentro dos requisitos legais como se pode deduzir do insinuante quantitativo dos quadros que prestam serviços de enfermagem, há prevalência pela contratação de pessoas menos qualificadas formalmente, dentro de um modelo de organização dos serviços de saúde voltados para o "lucro" (na empresa privada) e para a "economia" (na organização pública).

Aliás, mesmo que se instalasse uma consciência social e técnica que abrisse o mercado de trabalho para profissionais qualificados pelo sistema escolar, não haveria oferta de mão-de-obra correspondente.

Em segundo lugar, consideramos que as soluções até agora propostas apresentam um teor formal que torna discutível uma pretendida política de profissionalização do atendente de enfermagem.

Qual seja, reconhecemos o avanço da posição dos que atuam na área, apesar do desafio que representa este contingente, conforme constatação exposta em trabalho apresentado pelo Comitê de Ensino Médio de Enfermagem no Paraná, os atendentes são o maior segmento atuante, no setor de saúde, sem formação específica. No mesmo trabalho é lembrado que a reivindicação por formação deste segmento despreparado existiu desde o início da história da enfermagem.

Mas, é nosso entendimento, que as soluções mais amplas assumidas na década de 80, apresentam limitações especialmente derivadas da intenção principal que é a de legalizar a situação dos desprovidos de título de qualificação nos termos dispostos pela Lei nº 7498/86, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem.

É relevante a existência da Comissão Paranaense de Profissionalização dos Atendentes, no Paraná - CPPA - e grande o mérito de seu empenho, haja visto a mobilização que esta Comissão logrou com a constituição do Fórum Central e do Comitê de Ensino Médio de Enfermagem do Paraná - CEMEP (instalado em 1990).

Entretanto, se nos ocorre que as dificuldades da permanência de um quadro sem formação específica reconhecida, tampouco reage com energia em função de estímulos como os que foram detonados.

Para o CEMEP, a profissionalização na área de enfermagem começa pela melhoria das "escolas velhas" e a adoção de um padrão de qualidade pedagógica nas escolas que venham a ser criadas. Segundo os integrantes do CEMEP:

"a formação dos profissionais de enfermagem ocorre, na maioria das escolas, de forma fragmentada, tecnicista, acrítica, autoritária e desvinculada do contexto nacional e internacional, impossibilitando uma assistência integral, equânime, democrática e universal".

E tal cenário, precisa ser modificado, inclusive como fator que se soma ao resultado final de uma verdadeira reforma sanitária no Brasil.

A proposta formativa para regularização da condição profissional para o atendente no Estado do Paraná, obedece aos termos da Resolução 1.699/82 da Secretaria de Estado da Educação; esta assim disciplinada:

Para Auxiliar de Enfermagem e Técnico de Enfermagem:

- Curso Regular de II grau, com duração de 3 anos;
- Curso Supletivo de II grau, com duração de 1 ano;
- Para ambas as modalidades é exigida a escolarização a nível de I grau;
- Os egressos da modalidade supletiva a nível de I grau estão impedidos de obter a qualificação de Auxiliar ou Técnico de Enfermagem;
- A habilitação "Técnico de Enfermagem" é alcançada me diante cursos;
- A habilitação "Auxiliar de Enfermagem" é alcançada mediante cursos e/ou exames.

Conforme dados levantados pelo CEMEP, no Paraná optou-se por uma política de mais rápido efeito, dando-se prioridade à via supletiva. Em 1991 conta-se com 18 cursos desta natureza

nível. Isto criaria necessidades específicas de planília e implicaria em alta ulterior das folhas de pagamento. O exercício ilícito dos atendentes, administrados pelas instituições de saúde, privilegia uma racionalidade socialmente imoral, pois que se realiza em detrimento de uma qualidade efetiva da assistência sanitária oferecida.

Dentro do modelo de formação adotado, o CEMEP apresenta uma proposta que reúne, entre outros, os seguintes pontos:

1. Meta de profissionalização de 17.750 trabalhadores sem formação específica até 1996;
2. Comprometimento das instituições empregadoras com esta profissionalização mediante:
 - a) criação de curso ou realização de convênio com escolas ou Centros Formadores já existentes;
 - b) adaptação do horário de trabalho para liberação de tempo para acompanhamento do curso;
 - c) realização de "curso preparatório/ para Exame de Suplência Profissionalizante;
 - d) auxílio financeiro para os treinandos;
3. Adoção de níveis salariais mais destacados para auxiliares de enfermagem através de Convenções de Acordos Coletivos de Trabalho;
4. Aumento de fiscalização sobre o enquadramento irregular do pessoal que está na área de enfermagem, pelo COREN/PR e pelo Ministério do Trabalho;
5. Com relação aos exames de suplência, a proposta pretende que os exames ocorram com regularidade anual, devidamente divulgados, tenham realização descentralizada e sua prova prática melhor avaliada;

6. Quanto à política de formação, atribue competência a uma Comissão Permanente de Profissionalização que deve ser criada e destaca a necessidade de revisão da Decisão 60/88 - COREN/PR que possibilita a Autorização Especial para pessoal sem formação específica;

7. Em parte da proposta, ainda, desenha-se a intenção de desenvolver o fomento da escolarização de I grau.

Como se vê a qualificação profissional do atendente de enfermagem já tem um cabedal de posições e medidas.

Contudo, quer nos parecer que as medidas propaladas como desejáveis se devem ao reconhecimento ainda, e só formal, de uma qualificação que está denunciada em termos muito genéricos. Há caminhos burocráticos delineados, mas entendemos que a discussão deve tomar e/ou retomar uma profunda reflexão sobre as seguintes questões:

1. O ESPAÇO DA ENFERMAGEM.
2. LIMITAÇÕES DO SISTEMA.
3. AUTO:CONHECIMENTO.
4. APERFEIÇOAMENTO DAS RELAÇÕES COM O MERCADO DE TRABALHO.
5. PERSPECTIVA DE PROFISSIONALIZAÇÃO.
6. INSERÇÃO REAL DA PRÁTICA COMO VANTAGEM PARA A FORMAÇÃO.
7. POSSIBILIDADE DE PROCESSO INSTITUCIONAL COOPERATIVO.
8. A FORMAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA.
9. A INDEFINIÇÃO, AINDA DO OBJETO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.
10. A SÍNTESE DE EIXOS DE REFLEXÃO PARA UMA PROJEÇÃO FORMATIVA.

em confronto com 07 regulares. Ainda destaca-se a iniciativa privada, com mais da metade dos cursos ofertados: 16 em um total de 27 cursos.

Porém, as dificuldades que os atendentes enfrentam para realizar seus estudos (regular ou supletivo) são variadas e persistentes, malgrado a aparente agilização que a polarização dos Centros Formadores e a descentralização dos programas proporcionam, inclusive e principalmente pela abertura de convênios entre aqueles Centros e Empresas prestadoras de serviços de saúde.

Trata-se basicamente de dificuldades de ordem econômico-financeira: os custos dos cursos são altos e o poder aquisitivo dos candidatos à formação (atendentes e outros pretendentes) é invariavelmente baixo. Mesmo existindo escolas profissionais públicas no Estado, elas não alcançam a clientela. Ainda, o atendente não pode trabalhar para estudar, mesmo que a formação seja gratuita.

Além disso, grande parte dos atendentes ativos, na atualidade, não possuem a escolarização fundamental, o que obsta a sua inscrição em cursos e exames de suplência profissionalizante e no curso regular..

O sacrifício de uma formação apenas redimiria as instituições de saúde das sanções de uma fiscalização. Na verdade, não há uma carreira na área da enfermagem dentro das instituições. A baixa remuneração e o seu achatamento entre as categorias não proporcionam estímulos para o atendente buscar a sua habilitação oficial (tanto sacrifício por nada).

Para agrandar o problema da profissionalização do atendente, deve-se considerar que as próprias instituições não criam facilidades para este segmento realizar a formação dispo-

1º O ESPAÇO DA ENFERMAGEM:

As ações de Enfermagem sempre estiveram presentes no cuidado e ou na prevenção à doença ao ser humano, por mais rudimentar que fosse a sua prática. A partir da sistematização dessa prática, com ações desenvolvidas junto ao ser humano ou para o ser humano, que foi concebida como profissão.

Para Almeida, a prática da Enfermagem "do início do Cristianismo até o Feudalismo na Idade Média(...) é independente da prática médica, ou seja suas ações não pressupunham ordens médicas ou planos médicos terapêuticos. Parece que eram dois trabalhos com objetos e objetivos(...). O objetivo do cuidado de enfermagem não se ligava ao corpo do doente e nem a sua doença: importava o conforto da alma do paciente para sua salvação e a dos agentes de enfermagem" (Almeida, 1986: 38). O hospital foi o espaço criado para atender os pobres e doentes e onde o pessoal de enfermagem desenvolvia suas técnicas, bem como a higiene e o conforto dos pacientes.

O saber médico, segundo Foucault (1978) que "até o século XVII estava localizado nos livros, em uma espécie de jurisprudência médica, concentrada nos grandes tratados clássicos de medicina, começa a ocupar um lugar, não nos textos, senão no hospital(...). Com a aplicação da disciplina do espaço médico e pelo fato de que se pode isolar cada indivíduo, instalá-lo em uma cama, prescrever-lhe uma dieta(...) observá-lo individualmente, o indivíduo surge, como objeto do saber e da prática médica" (Foucault, apud, Almeida, 1986:39).

Portanto, é no espaço hospitalar que a prática médica e a prática de enfermagem que antes eram independentes, se encontram ocupando o mesmo espaço social do doente.

O Brasil do início do século XX assiste a tentativa de ocupação de parte do espaço da Saúde Pública pela enfermagem, agora já profissional, investida que está, de um saber que consubstanciam suas ações como atesta D. Pires (1989):

"A nova profissão, criada oficialmente, surge para atender às necessidades de saneamento do meio ambiente, completando o trabalho médico já estruturado e dominante no setor, no entanto, a estruturação da enfermagem sob bases próprias, diferente das iniciativas anteriores foi possível por ter surgido dentro do aparelho do Estado, após várias décadas de aplicação do modelo nightingaleano no mundo; e principalmente por não causar qualquer ameaça à hegemonia médica no setor" (Pires, 1989: 136).

A especificidade e a complexidade do espaço de enfermagem estão em seu caráter integrado a outras áreas, fazem da atuação da categoria e de seus desdobramentos ocupacionais, um momento ou uma parcela de um trabalho coletivo de profunda responsabilidade com requisitos técnicos e éticos explícitos. Entretanto, este trabalho coletivo recebe críticas contundentes, principalmente de natureza ideológica. S.N. Girardi, ao analisar a força de trabalho no setor de saúde, afirma categoricamente:

"La hegemonia de los profesionales médicos y la baja calificación del personal auxiliar en el seno de los equipos de salud, pueden ser tomadas como caras de una misma moneda, incidentalmente las verdaderas caras del patrón de utilización de la fuerza de trabajo, historicamente practicado por los establecimientos del sector de servicios de salud en el Brasil. En líneas generales, se puede decir que en el sector salud, alrededor del 70% de los trabajadores ocupados corresponden a categorias

as profesionales u ocupacionales típicos de la salud, o sea, que son médicos, dentistas, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos, técnicos de equipo médico, laboratoristas, etc; los restantes se ocupan en actividades de administración y servicios generales. La suma de médicos y de personal auxiliar de enfermería, constituye más del 80% del "equipo" de salud" (Girardi, 1991:43).

E se pergunta, qual seria o real significado deste quadro, desta polaridade?

2º LIMITAÇÕES DO SISTEMA

As limitações do sistema escolar convencional frente às exigências sociais, sugerem ações novas. O ritmo do sistema escolar não cobre as necessidades nem do mercado de trabalho e, tampouco, cobre educacionalmente a categoria dos atendentes de enfermagem, os quais ficam visivelmente a margem do processo formativo. Além disso, não há indícios de um fluxo aberto entre os níveis de formação na área da enfermagem de II grau e superior.

Além do mais, o ensino atual, eminentemente pragmático e utilitário, concentra sua atenção na aquisição de conhecimentos e no desenvolvimento de habilidades intelectuais. Entretanto, o desenvolvimento integral da pessoa exigiria uma atenção igual ou mesmo superior ao desenvolvimento afetivo e emocional do estudante. Para J.D. Bordenave, "pouco serve a um país, de fato, possuir tecnocratas extremamente competentes, porém emocionalmente imaturos, egoistas, neuroticamente obcecados com a aquisição de poder e pouco interessados na sorte do povo (Bordenave, 1986:89).

3º AUTO-CONHECIMENTO

A projeção da profissionalização na área de Enfermagem se fundamenta na visão mais nítida que se possa obter de singularidade da identidade profissional neste campo. O auto conhecimento tanto situa o profissional da enfermagem em relação aos demais profissionais que integram as equipes de saúde, quanto permite distinguir as sub-categorias que refletem o desdobramento ocupacional da enfermagem. O auto-conhecimento vai mais além, quando considera criticamente a maturidade profissional, indicando pontos passíveis de superação. Apesar de que o auto-conhecimento alcançado pelas categorias que atuam, através de estudos e diagnósticos, parece "ser real e consistente", cabe aprofundar a reflexão para o espaço de novas intervenções de natureza educacional.

4º APERFEIÇOAMENTO DAS RELAÇÕES COM O MERCADO DE TRABALHO

Pode se estimar que o mercado de trabalho não se modificará em sua estrutura, pelo menos a médio prazo, moldado que está no sistema capitalista e considerado a permanência e a expansão dos cuidados públicos com a saúde. Entretanto, as relações de compra e venda de "força de trabalho" podem e devem superar o caráter espoliativo (do empregador) e a expressão de privilégios de sub-classes (a hegemonia médica e a divisão intransponível dos desdobramentos da enfermagem).

Trata-se, agora, de construir um processo de capacitação progressiva do profissional de enfermagem dentro de um sistema (capitalista) e de um estágio de desenvolvimento sócio-econômico e tecnológico de uma sociedade dada, mas com possibilidades de adequação (segurança técnica) e flexibilidade (integração, mobilidade, formação permanente) com efeitos sociais mais justos (inclusive a superação do perfil de sub-remuneração).

A partir de 1976, a mudança no discurso sobre Recursos Humanos em Saúde, alterou as prioridades sobre a formação de profissionais de saúde no Brasil. Com isso, desestimulou-se, em termos relativos a formação de médicos, buscando-se, em contra-partida, elevar a formação de outros profissionais de nível superior, onde a enfermagem passou a deter papel de destaque. Todavia, a realidade do mercado de trabalho continuou a priorizar o emprego médico em detrimento do emprego das outras categorias.

A pesquisa realizada por A. C. Médici - "O Emprego de Enfermagem no Brasil dos Anos 80: Luz no Final do Túnel?" - aponta a inversão da formação médica no Brasil: os egressos

de medicina reduziram-se de 8.722 para 7.289 entre 1978 e 1983, indicando uma perda bruta de 16,4% no número de formados por ano. Ao mesmo tempo, os egressos de enfermagem passaram de 2.192 para 4.934 no mesmo período, o que significa um incremento bruto de 125,1% no número anual de formados.

Apesar da inversão na formação destas duas categorias, a geração de empregos evidencia uma situação bem peculiar da sociedade brasileira. Para cada egresso de medicina foram gerados 1,31 empregos no período, enquanto que na Enfermagem essa relação foi de 0,33 (Médici, Saúde em Debate - Março, 1989: 65).

Essa pesquisa demonstra que apesar das "Políticas de Recursos Humanos" terem estimulado a formação de enfermeiros e induzido ao declínio da oferta de vagas em medicina, não ocorreram medidas efetivas no âmbito dos serviços que viessem a elevar a demanda por empregos de enfermagem. A orientação especializante da atenção médica continuou a definir um mercado de trabalho calcado na figura do médico, no qual as demais profissões continuaram a deter papel suplementar.

5º PERSPECTIVA DE PROFISSIONALIZAÇÃO

A superação da percepção imediata de ausência de perspectiva profissional também deve servir de indicação para uma proposta de educação permanente. Muito embora o estudo realizado não forneça elementos específicos, a rotatividade do atendente de enfermagem, por exemplo, sugere que seja considerada a hipótese de que o "emprego" nesta área constitui um momento provisório na vida do jovem e/ou jovem adulto. Um paliativo ao desemprego, um quase sub-emprego. O desalento provocado pelas condições atípicas do trabalho (improviso, abandono, sub-valorização e ausência de perspectiva) é o indicador mais significativo da falta de sentido de profissionalização. Então, a formação deve contribuir para a abertura desta perspectiva de profissionalização (que anima e engaja o sujeito que opta pela área).

6ª INSERÇÃO REAL DA PRÁTICA COMO VANTAGEM PARA A FORMAÇÃO

O grande número de ocupantes da área de enfermagem, sem formação mínima específica, ainda que desproporcionalmente distribuídos no setor de saúde (hospitalar e sistema comunitário de saúde ambulatorial), insinua uma estratégia que conta com a vantagem da inserção real na prática, por parte do que seria o sujeito-formando.

7º POSSIBILIDADE DE PROCESSO INSTITUCIONAL COOPERATIVO

A ocorrência de vínculo reconhecido no item anterior sugere, ainda, um processo institucional cooperativo de formação de quadros, que deve superar, por sua vez, a atitude funcionalista pragmática, imediatista, que tem justificado treinos e reciclagens que se dão em caráter eventual, esparsos e isolados. Esta prática cooperativa, vem sendo desenvolvida no âmbito de algumas empresas públicas, com o sentido de descentralizar, diversificando as oportunidades de formação. No entanto, a rede particular que detém o maior número de atendentes, conforme dados da pesquisa, não está engajada no processo de reversão do atual quadro.

8ª A FORMAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA

A importância da área de enfermagem tem relação direta com o sistema da sociedade atual, referenciado por Nogueira (1991), em seu artigo "El proceso de producción de servicios de salud" (in Educ. Med. Salud Vol. 25 (1) 15-18):

"La promoción, directa e indirecta, por el Estado de los servicios de educación, salud y otros, en interacción con el proceso de ampliación de los espacios de ciudadanía, en su aspecto de derechos sociales reivindicativos y conquistados, hace que la esfera de consumo de servicios adquiera no solo una dimensión colectiva, sino también se inscriba como una especie de gasto social de capital, indispensable para la reproducción del conjunto de la fuerza de trabajo. Tales servicios organizados e institucionalizados no pueden seguir siendo reducidos según algunos autores, a formas de consumo individual como mero gasto, en el ámbito de la circulación: aparecen como medios de consumo colectivos" (Nogueira, 1991:15).

E, como consumo coletivo, a qualificação e a profissionalização dos atendentes de enfermagem deve se inscrever como pauta de uma política pública.

9º A INDEFINIÇÃO, AINDA, DO OBJETO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Apesar do auto-conhecimento no item (3) e da representação objetiva das ocupações na área de enfermagem, o desequilíbrio da composição dos seus ocupantes "conforme diagnóstico", não evita a desconfiança de autores como M. H. Machado (1991), em "Sociologia de Las Profissões: Un Nuevo Enfoque:

"El debate sobre la actividade de enfermía es problemático, en la medida em que ni las proprias enfermeras tienen claridade so objeto de trabajo. Unas dicen que es el cuidado directo del paciente; otras, el planeamento hospitalario, mientras otras afirman que, la gran posesión del mercado de trabajo de la categoría, es la supervisión. No hay consenso. Hay muchas discusiones y pocas definiciones" (Machado, 1991:32).

Na década de 50, procura-se delinear o "Saber da Enfermagem", buscando uma fundamentação científica para as técnicas de enfermagem, com base, principalmente, nas ciências naturais (anatomia, microbiologia, fisiologia, patologia) e também nas ciências sociais.

Às técnicas de enfermagem que não possuíam uma teoria para fundamentá-las, procurou-se agregar a teoria do objeto da enfermagem, trazida de outras áreas do conhecimento, tentando-se desta maneira, construir os instrumentos que permitissem apreender o objeto, conhecê-lo, ou seja, possibilitar a dimensão intelectual do trabalho de enfermagem. Para Almeida, o "caminho que se vai delineando é na direção do trabalho intelectual" (Almeida, 1986:61).

Enquanto no nível dos conceitos são elaborados os princípios procurando dar fundamentação aos procedimentos de enfermagem, no nível de modalidade de assistência de enfermagem é elaborado e caracterizado o trabalho em equipe, procurando também dar um cunho científico ao trabalho, humaniza-lo, assim como humanizar o cuidado ao paciente.

Apesar desta divisão preconizada institucionalmente, o trabalho realizado pelos agentes de enfermagem não se desenvolve de forma harmoniosa. Historicamente, os conflitos existem desde o século XVIII e na atualidade existe um agravamento, deflagrado com a crise de enfermagem inserida na crise do setor saúde e na crise social (Almeida, 1986-73).

No Brasil, este agravamento deu-se principalmente após as décadas de 50 e 60, quando o ensino destinado às enfermeiras estava voltado para a formação de líderes em enfermagem. Devido ao pequeno número de egressos, estes iriam ocupar cargos de chefia nos serviços de saúde, treinamento e supervisão de pessoal auxiliar. Porém os elementos do saber estavam centrados no cuidado do paciente.

Com o crescimento da indústria hospitalar e o aprimoramento técnico-científico da medicina, favorecendo maior número de intervenções no processo saúde-doença, a enfermagem que já vinha desempenhando funções administrativas, fica ainda mais presa à engrenagem burocrática. E para possibilitar o atendimento médico que se avolumou, o elemento escolhido foi o atendente, que não encareceria tanto os serviços prestados e de fácil subordinação. Aquelas funções administrativas de enfermagem, como elaboração de plano assistencial do cuidado do paciente, que seriam as funções essenciais da enfermeira, na perseguição da qualidade da assistência de enfermagem, passam a não existir. E o Saber de Enfermagem, que é um instrumental que procura ser técnico e científico, para possibilitar o cui

dado de enfermagem, não se adere à realidade do trabalho de enfermagem carregado de contradições. Este trabalho não é homogêneo; cada categoria de enfermagem parece dirigir-se a uma parcela de trabalho sobre o objeto da enfermagem e este direcionamento não é comandado exclusivamente pelos saberes dos diferentes agentes, mas pela divisão técnica do trabalho, subordinada às relações sociais.

10º A SÍNTESE DE EIXOS DE REFLEXÃO PARA UMA PROJEÇÃO FORMATIVA

Por todo o exposto, a projeção formativa na área da enfermagem impõe ainda, a consideração de quatro eixos de reflexão:

a) uma feição política, estratégica, institucionalizada (estável), cooperativa e com permanência;

b) uma feição integrada:

b.1 - no âmago da própria experiência formativa.

b.2 - no nível dos desdobramentos ocupacionais na área.

b.3 - em função do trabalho coletivo (equipes de saúde).

c) a adoção do conceito de desenvolvimento de Recursos Humanos não como expressão gerencial que coloca o homem no mesmo nível dos demais fatores de produção, mas sim, como um ser em processo de auto-formação e auto-realização.

Do mesmo modo não se adota o conceito estrito "Força de Trabalho" que aliena o homem no contexto da produção, do emprego, do salário, etc..., com o que se pretende alcançar uma dimensão de humanização a que o processo formativo deve dar lugar.

d) a construção de "concepções pedagógicas" alternativas decorrentes de revisões e inovações "estruturais" do sistema escolar convencional, do sistema para-escolar e das ações isoladas (estruturas curriculares e programáticas, metodologias de ensino, meios e recursos, etc...).

Finalmente, é necessário que se transcenda o atual padrão de formação calcado mais em escolaridade formal do que em maturação do trabalhador. É preciso para tal, e antes de tudo, reduzir a rotatividade no emprego.

Formação e salário devem reduzir a desmobilidade do veículo empregatício. Por sua vez, a maior estabilidade no emprego deve sugerir contínua qualificação. Vontade política e decoro social devem dar guarida a um plano de qualificação progressiva para reverter o perfil da descontinuidade formativa existente, sem estabelecer dependência hierárquica dos níveis. Isto é, o sistema deve apresentar níveis distintos e autônomos de formação, projetados dentro de uma sequência de crescente complexidade. O candidato a área, pode iniciar a qualquer momento. Mas ele deve ser incentivado a se desenvolver na área. O maior beneficiado na adoção de qualificação progressiva seria o atendente de enfermagem, mediante a oferta de formação sistemática, não formal, realizada paralelamente ao sistema escolar convencional, substituindo os cursos (treinamentos eventuais) por um processo a ser reconhecido oficialmente.

O planejamento atual, na educação, segundo Bordenave, é feito com base no conteúdo da matéria, e não com base na transformação e crescimento do aluno e na satisfação das necessidades da sociedade. É desenvolvido sem realizar levantamentos e pesquisas sobre as exigências atuais e futuros do mercado de trabalho e da transformação da sociedade, sem estabele-

cer projeções e previsões sobre as necessidades mais amplas da comunidade (Bordenave, 1986).

Para um novo modelo assistencial, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUDS), se exigirá dos trabalhadores de saúde a compreensão crítica de seu papel de agente cooparticipante, na transformação da realidade social, sendo necessária a preparação específica desses trabalhadores, envolvendo processos de formação regulamentada de profissionais de nível superior e médio, a capacitação emergencial em serviço e a educação continuada.

O Brasil precisa desdobrar seus esquemas formativos sem baratear seus programas. Impedir o êxodo dos trabalhadores, transformando o trabalho em fator de formação e utilizando fórmulas que devem integrar a educação geral.

O direito do trabalhador de saúde ao estudo, não apenas para "regularizar" a sua condição, deve ser reivindicado como expressão democrática de valores políticos e culturais. O atendente de enfermagem, que hoje enfrenta uma situação complexa em seu cotidiano de trabalho, se enquadra em duas frentes de demanda formativa - a cultural e a profissional específica.

Na presente dissertação, um registro apequenado de uma grande ansiedade em torno de um processo de profissionalização que precisa ser global.

Valorizar os recursos humanos de saúde, capacitar o conjunto dos trabalhadores e profissionalizar os atendentes de enfermagem é medida central e indispensável para a base sólida de uma verdadeira Reforma Sanitária no Brasil.

SUMMARY:

This study will review questions related to the evolution of nursing as a profession. Using the historical contact, of Public health politic, and the development process of specific, professional graduation as reference.

It point out the nursing attendant class and a discussion of proposes which can help the professionalization of the class.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática. São Paulo, Cortez, 1986..127p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Subsídios para Elaboração de uma Proposta de Currículo Mínimo para a Formação do Enfermeiro. Rev. Bras. Enf., 41 (3/4); 179-182, 1988.
- ABEN/INAMPS. Subsídios para a Conceituação da Assistência de Enfermagem Rumo à Reforma Sanitária, Oficina de Trabalho. Brasília, 1987, 12p. (mimeo).
- ABEN. Seminário Nacional para Definição de Políticas e Diretrizes para a Profissionalização do Pessoal de Enfermagem Sem Qualificação específica Empregada na Rede de Serviços de Saúde. Brasília, 1989. (Relatório Mimeo).
- ABEN, Paraná. Profissionalização do Atendente. INFORMABEN - Seção Paraná. Ano II, Maio, Junho, 1991.
- _____. Enfermagem e Educação: Profissionalizar e Qualificar são as palavras de ordem. In- 43º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. Curitiba, outubro, 1991, BOLETIM INFORMATIVO DO 43º CNEN -nº 2, 1991.
- ABEN, Sta Catarina. Plano estadual de Profissionalização dos Aten dentes de Enfermagem. Florianópolis, 1987, (mimeo).
- BARROS, M.F.R.J. As habilitações da Área de Enfermagem. Rev. Bras. Enf., Brasília, 38 (1): 87-94, Jan/Mai. 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1982. 22p.
- _____. Educação Continuada de Enfermeiros no Sistema Único de Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1990. 33p.
- BRASIL, Ministério da Educação e Cultura: Secretaria de Ensino Su perior. RELATÓRIO DO GRUPO INTERMINISTERIAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, Brasília, Cad.Cien. Saú.,(4): 1981. 53p.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Direito a Saúde e Direito à Assistência de Enfermagem. Brasília, 1986, 18p.
- CARVALHO, Anayde Corrêia de. Associação Brasileira de Enfermagem; 1926-1976, Brasília, ABEN, 1976, 514p.
- DÍAS BORDENAVE, Juan & MARTINS PEREIRA, Adir. 9ª ed., Petrópolis, vozes, 1986, 32p.
- DOURADO, H. G. A Enfermeira e a Institucionalização da Profissão e de Seu Novo Papel Profissional. Rev. bras. Enf., DF, 31(3): 293-303, 1978.
- FERNANDES, J. D. A Enfermagem no Ontem, no Hoje e no Amanhã. Rev. Bras. Enf., Brasília, 38 (1): 43-48, 1985.
- GIRARDI, S.N. "La Fuerza de Trabajo en el Sector Salud: elementos teóricos y evidencias empíricas ", In: Edición Médica y Saud, enero/marzo, 25 (1): 37-4, Organizacion Panamericana de la Sa lud. Washington, 1991.
- HORTA. W. A, Processo de Enfermagem. São Paulo, EDUSP, 1979. 99p.
- _____. Subsídios para a História da Enfermagem no Estado do Para ná. Rev. bras. Enf., Rio de Janeiro, 28:60-64, 1975.
- LOPES, M.J.M. O Trabalho da Enfermeira: Nem Público, Nem Privado, Feminino, Doméstico e desvalorizado. Rev. Bras. Enf., Brasília, 41 (3/4): 211-217, 1988.
- MEYER, D. E. et alii. Qualificação Profissional do Auxiliar de En fermagem: Um Conflito Entre a Formação e a Realidade Profissi^o nal, Porto Alegre, SBPC, 1988. (mimeo)
- MACEDO, C. G. Extensão das Ações de Saúde Através dos Serviços Bá sicos. In- 7ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília, 24 a 28 de março, 1980. (mimeo)
- MARTINS, V. S., & LAFOZ, S. E. Profissionalização dos At endentes de Enfermagem (Auxiliares de Saúde): a quem interessa? Espaço p/ a Saúde, 2 (2): abril, Curitiba, 1990.
- MELO, cristina. Divisão Social do Trabalho e Enfermagem. São Pau- lo, Cortez, 1986, 94p.
- MENDES, E. V. A Organização de Saúde no País face às Demandas So- ciais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 36, Belo Hori zonte, 28 jul-03 ago, 1984. Anais. Belo Horizonte, TUMARC / 7^o PUC -MG, 1985 p. 53-60.

- MPAS/INAMPS. Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio. Rio de Janeiro, INAMPS, 1987.
- BARBOSA, J. K. Educação Permanente e Educação de Adultos: ensaio teórico. In: MESTRADO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS. U.F.Pr. Curitiba, out. 1984. (mimeo)
- COREN-PR. Caracterização do Pessoal sem Formação Específica que está Atuando em Enfermagem no Paraná. Curitiba, 1988. (mimeo)
- _____. Perfil do Atendente de Enfermagem no Estado do paraná. Curitiba, 1991. (mimeo)
- COFEN, RESOLUÇÃO COFEN DE 04.DE AGO.1987. Dispõe sobre a autorização de tarefas elementares de enfermagem pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei, estabelece critérios para essa finalidade e dá outras providências.(mimeo)
- CARVALHO, V. & CASTRO, I.B. Marco Conceitual Para o Ensino e a Pesquisa de Enfermagem Fundamental; Um Ponto de vista. Rev. Bras. Enf., 38 (1):-6-86.
- CARVALHO, A. C. Associação Brasileira de Enfermagem; 1926 - 1986. Rev. Bras. Enf., 39 (1): p 7-12, jan/mar 1986.
- COSTA, M. J. G. Atuação do Enfermeiro na Equipe Multiprofissional. Rev. Bras. Enf., DF, 31 (3): 321-339, 1978.
- CAPELLA, B.B. et al. Enfermagem: Sua Prática e Organização. Rev. Bras. Enf., Brasília, 41(2): 132-139, 1988.
- _____. Profissionalização da Enfermagem: Uma necessidade Social. Rev. Bras. Enf., Brasília, 41 (2): 161-168. 1988.
- CASTRO, I. B. A Evolução do setor de Saúde e a crise da Enfermagem Brasileira. Rev. Bras. Enf., Brasília 41 (3/4): 183-189, 1988.
- CPPA/CEMEP. Profissionalização dos Atendentes no Estado do Paraná. Curitiba, 1991, S.P. (mimeo)
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. O Exercício da enfermagem nas Instituições de Saúde no Brasil: 1982/1983. Rio de Janeiro, COFEN (1), 236p, 1985.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - PARANÁ. Conheça Sua História. Curitiba, Mikito, 1991, 16p.

- MACHADO, M. H. "Sociologia de Las Professions:Um Novo Enfoque. In: Educación Médica y Salud. enero/marzo, 25 (1): 28 - 36. Washington, Organizacion Panamericana de La Salud, 1991.
- MEDICI, A. L. O Emprego da Enfermagem no Brasil dos anos 80: Luz no Final do Túnel? In: Saúde em Debate, Março: 65-68, 1989.
- NAKAMAE, Djair Daniel de. Novos Caminhos da Enfermagem. São Paulo, Cortez, 1987, 120p.
- NOGUEIRA, R.P. "El Proceso de Producción de servicios de Salud": In: Educación Médica y Salud, enero/marzo, Washington, Organización Panamericana de La Salud, 1991.
- NORONHA, Rachel. Motivação no Ensino e na Assistência de Enfermagem. Rev. Bras. Enf., Brasília, 38 (1): 70-75, jan/mar, 1985.
- O GUISS, Taka. A Responsabilidade Legal do Enfermeiro. Rev.Bras. Enf., Brasília, 38 (2): 185-189, 1985.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidados Primários de saúde. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, URSS, 6-12 set/1978, Brasília, 1979, 64p.
- PIRES, Denise. Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem. São Paulo, Cortez, 1989, 156p.
- PARANÁ, Centro de Treinamento do Magistério do Estado do Paraná. Curso de atualização para Enfermeiros Docentes Atuantes no Ensino de Cursos de Auxiliar e de Técnico de Enfermagem. SNT.
- PORTO, M.E.A. et alii. Enfermagem em Nível de 1º e 2º graus.Enf. Nova Dimensão, São Paulo, 4 (3): 175-180, 1978.
- PORTO, M. A. et alii. Índice Adicional de Valorização da Capacitação Extra-Mural: Instrumento Estratégico da Integração; Universidade/Sistema de Saúde. Saúde em Debate, nº 28:28 - 30, 1990.
- RODRIGUES, Bichat de Almeida. Fundamentos de Administração Sanitária. 2ª ed., Brasília, Senado Federal - Centro Gráfico, 1979. 387p.
- RIBEIRO, Circe de Melo. Educação Continuada. Rev. Bras. Enf., Brasília, 39 (1): 79-81, jan/mar, 1986.

- RUFFINO, M.C. Modelo de Ensino para Competência Aplicado à Enfermagem. Rev. Bras. Enf., Brasília, 41 (3/4): 255-258, 1988.
- RHODUS, C. C. A Formação do Enfermeiro no Contexto Social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, Belo Horizonte, 28 jul - 03 ago, 1984, Anais, Belo Horizonte, FUMARC/PUC-MG, 1985, p. 35-44.
- SILVA, G.B. A Enfermagem Profissional: Análise Crítica. São Paulo, Cortez, 1986, 143p.
- SILVA, A.L.G. et alii. Marco Conceitual e Estrutural dos Currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, 5-11 ago, 1979, Anais, Brasília, ABEN, 1979, p. 107-14.
- SOUZA, A.M.G. et alii. Saúde e Ensino no Brasil: Considerações sobre o Parecer 163/72, Rev. Bras. Enf., DF, 1981, 34(2): p. 182-188.
- SANTOS, Isabel. Formação de Pessoal de Nível Médio pelas Instituições de Saúde: Projeto Larga Escala, uma Experiência em Construção. Saúde em Debate, Março, 1989, p. 61-64.
- SIQUEIRA, M.N. & CASAGRANDE, L.D. R. Noções Gerais Sobre Abordagem Sistêmica à Ação Educativa do Enf. Rev. Bras. Enf., Brasília, 38 (1): 63-69, jan/mar, 1985.
- THEREZINHA, T. V. et alii. Recursos Humanos na Área de Enfermagem - Adequação da Formação à Utilização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34, Porto Alegre, 24-29, out, 1982. Anais, Porto Alegre, Palotti, 1982, p. 61-67.
- XAVIER, I. M. et alii. A Reforma Sanitária e a Participação do Enfermeiro. Rev. Bras. Enf., Brasília, 41 (3/4): 190-198, 1988.
- WRIGHT, M. G. M. et alii. O Espaço da Mulher Brasileira e o Espaço da Enfermeira Brasileira. Rev. bras. Enf., Brasília, 38 (1): 55-62, 1985.

Lei do Exercício Profissional

LEI Nº 7.498, DE 25.06.86 (DOU 26.06.86)

DISPÕE SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DO EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei.

Art. 1º - É livre o exercício de enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º - A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercitadas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo Único - A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art. 3º - O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de enfermagem.

Art. 4º - A programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem.

Art. 5º - (VETADO).

§ 1º - (VETADO).

§ 2º - (VETADO).

Art. 6º - São enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei.

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei.

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aquele que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea "d" do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 7º - São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 8º - São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente.

II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956.

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do art. 2º da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961.

IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967.

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - São Parteiros:

I - a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959.

II - a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira.

Art. 10 - (VETADO).

Art. 11 - o Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

d) (VETADO)

e) (VETADO)

f) (VETADO)

g) (VETADO)

h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

k) cuidados diretos de enfermagem e pacientes graves com risco de vida.

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

II - como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde.

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação.

e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;

f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;

g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distócia;

j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo Único - As profissões referidas no inciso II do art. 6º desta Lei incumbem, ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12 - O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

a) participar da programação da assistência de enfermagem.

b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta Lei.

c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;

d) participar da equipe de saúde.

Art. 13 - O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processo de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;

b) executar ações de tratamento simples;

c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;

d) participar da equipe de saúde.

Art. 14 - (VETADO).

Art. 15 - As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, pública e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Art. 16 - (VETADO).

Art. 17 - (VETADO).

Art. 18 - (VETADO).

Parágrafo Único - (VETADO).

Art. 19 - (VETADO).

Art. 20 - Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções na contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta lei.

Parágrafo Único - Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta Lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 21 - (VETADO).

Art. 22 - (VETADO).

Art. 23 - O pessoal que se encontra executando tarefas de enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nessa área, sem possuir formação específica regulada em Lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de enfermagem, observado o disposto no art. 15 desta Lei.

Parágrafo Único - A autorização referida neste artigo, que obedecerá aos critérios baixados pelo Conselho Federal de Enfermagem, somente poderá ser concedida durante o prazo de 10 (dez) anos, a contar da promulgação desta Lei.

Art. 24 - (VETADO).

Parágrafo Único - (VETADO).

Art. 25 - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 26 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 27 - Revogam-se (VETADO) as demais disposições em contrário.

Brasília, em 25 de junho de 1986; 165º da Independência e 98º da República.

José Sarney
Almir Pazzianotto Pinto

REGULAMENTAÇÃO DA LEI Nº 7.498

103

DECRETO Nº 94.406, DE 08 DE JUNHO DE 1987

Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o art. 81 item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986

DECRETA

Art. 1º - O exercício da atividade de enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteira e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva Região

Art. 2º - As instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de enfermagem no seu planejamento e programação.

Art. 3º - A prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem.

Art. 4º - São Enfermeiros

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei.

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da Lei

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz

IV - aqueles que, não abrangidos pelos itens anteriores, obtiveram título de Enfermeiro conforme o disposto na letra "d" do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 5º - São Técnicos de Enfermagem

I - o titular do diploma ou certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente.

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 6º - São Auxiliares de Enfermagem.

I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei, e registrado no órgão competente.

II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956.

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III do art. 2º da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4024 de 20 de dezembro de 1961.

IV - o titular do certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, no termos do Decreto-Lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtudes de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 7º - São Parteiros

I - o titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959

II - o titular do diploma ou certificado de Parteiro, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil até 26 de junho de 1988, como certificado de Parteiro.

Art. 8º - Ao Enfermeiro incumbe

I - Privativamente

a) a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem.

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços.

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem.

d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem.

e) consulta de enfermagem.

f) prescrição da assistência de enfermagem.

g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida.

h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

II - Como integrantes de equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação do programa de saúde.

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde.

c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação.

e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões.

f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem.

g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e no programas de vigilância epidemiológica.

h) prestação de assistência de enfermagem a gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido.

i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco.

j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto

l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócias

m) participação em programas e atividades de educação sanitária visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral

n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoas de saúde, particularmente nos programas de educação continuada.

o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho

p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à Saúde

q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde

r) participação em bancas examinadoras em matérias específicas de enfermagem nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - As profissionais titulares de diploma ou certificado de Obstetriz ou de enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe

I - prestação de assistência à parturiente ao parto normal

II - identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico

III - realização de episiotomia e episiorralia, com aplicação de anestesia local quando necessária.

Art. 10 - O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível técnico, atribuídas à equipe de enfermagem cabendo-lhe

I - Assistir ao Enfermeiro

a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem

b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a paciente em estado grave

c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica

d) na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar

e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde

f) na execução dos programas referidos nas letras "I" e "o" do item II do art. 8º

II - executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto

III - integrar a equipe de saúde

Art. 11 - O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares de nível técnico atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe

I - preparar o paciente para consulta, exames e tratamentos

II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação

III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem tais como

a) ministrar medicamentos por via oral e parenteral

b) realizar controle hídrico.

c) fazer curativos

d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocлизма, enema e calor ou frio

e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas

f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis

g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico

h) colher material para exames laboratoriais

i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios

j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar

l) executar atividades de desinfecção e esterilização

IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança inclusive

a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se

b) zelar pela limpeza e ordem do material de equipamentos e de dependências de unidades de saúde.

V - integrar a equipe de saúde

VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive

a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas

b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde.

VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes.

VIII - participar dos procedimentos pós-morte.

Art. 12 - Ao parteiro incumbe.

I - prestar cuidados à gestante e à parturiente.

II - assistir ao parto normal, inclusive em domicílio, e.

III - cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Parágrafo Único - As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituições de saúde e sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Art. 13 - As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro.

Art. 14 - Incumbe a todo pessoal de enfermagem

I - cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia de Enfermagem.

II - quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos.

Art. 15 - na administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios será exigida como condição essencial para provimento de cargos e funções e contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, a prova de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Parágrafo Único - Os órgãos e entidades compreendidos neste artigo promoverão, em articulação com o Conselho Federal de Enfermagem as medidas necessárias à adaptação das situações já existentes com as disposições deste Decreto, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 16 - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17 - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 08 de junho de 1987, 166º da Independência e 99º da República.

JOSÉ SARNEY
Eros Antonio de Almeida